



Viðhorf polenda til áfallahjálpar og stuðnings eftir snjóflóðin á Vestfjörðum 1995

Fjóla Þórdís Jónsdóttir

**Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Viðhorf polenda til áfallahjálpar og stuðnings eftir snjóflóðin á Vestfjörðum 1995

Fjóla Þórdís Jónsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði

Leiðbeinendur: Berglind Guðmundsdóttir og Urður Njarðvík

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Febrúar 2011

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttihafa.

© Fjóla Þórdís Jónsdóttir 2011

Prentun: Háskólaprent ehf.
Reykjavík, Ísland 2011

Efnisyfirlit

Útdráttur	6
Inngangur	7
Áföll	7
Hvað er áfall?	7
Algengi áfalla	8
Náttúruhamfarir	8
Áhrif áfalla	10
Áfallastreituröskun	10
<i>Greiningarviðmið og einkenni</i>	10
<i>Algengi áfallastreituröskunar</i>	12
<i>Rannsóknir á áfallastreituröskun á Íslandi</i>	13
<i>Áhættuþættir</i>	15
<i>Samsláttur annarra geðraskana við áfallastreituröskun</i>	17
Áfallahjálp	18
Hvað er áfallahjálp?	18
Tilfinningaleg úrvinnsla	18
Sálræn skyndihjálp	21
Hver er besta íhlutunin eftir áföll?	23
Nýting og mat þolenda á áfallahjálp	24
Áfallahjálp á Íslandi fyrir snjóflóðin	24
Snjóflóðin á Vestfjörðum 1995	25
Snjóflóðið í Súðavík	25
<i>Áfallahjálp eftir snjóflóðið í Súðavík</i>	26
Snjóflóðið á Flateyri	28
<i>Áfallahjálp eftir snjóflóðið á Flateyri</i>	29
Áfallahjálp á Íslandi eftir snjóflóðin	30

Rannsóknarspurningar og tilgátur	30
Aðferð	32
Pátttakendur	32
Framkvæmd	32
Mælitæki	33
Rannsóknarsnið	35
Tölfræðileg úrvinnsla	35
Niðurstöður	37
Lýsandi tölfræði	37
Nýting og mat á áfallahjálpar	39
Mat á stuðningi	41
Líðan eftir því hvort fólk fékk áfallahjálpar eða ekki	46
Mat á stuðningi eftir því hvort fólk fékk áfallahjálpar eða ekki	47
Mat á áfallahjálpar og stuðningi eftir því hvort fólk náði viðmiðum ÁSR og geðvanda eða ekki	50
Umræða	55
Túlkun niðurstaðna	55
Breytingar á skipulagi áfallahjálpar á Íslandi, 1995-2010.....	58
Annmarkar og áhugaverð rannsóknarefni framtíðar.....	61
Heimildir	63

Útdráttur

Snjóflóðin á Vestfjörðum 1995 verða lengi í minnum landsmanna. Í kjölfar flóðanna var í fyrsta sinn veitt þjónusta undir nafni áfallahjálpar hér á landi. Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna nýtingu og viðhorf þolenda til áfallahjálparinnar og stuðnings og viðbragða ýmissa aðila og stofnana eftir flóðin, til dæmis björgunarsveita og fjölmiðla. Einnig var markmið rannsóknarinnar að kanna hvort munur væri á áfallastreitueinkennum og almennri geðheilsu þátttakenda eftir því hvort þeir fengu áfallahjálp eða ekki. Rannsóknargögnin voru unnin úr spurningalista sem lagður var fyrir íbúa Súðavíkur og Flateyrar 3-14 mánuðum eftir að snjóflóðin féllu. Þátttakendur voru 122 íbúar Súðavíkur og 169 Flateyringar sem voru 16 ára og eldri þegar flóðin féllu. Áfallastreitueinkenni voru metin með Impact of Event Scale (IES) og Post-traumatic Symptom Scale (PTSS-10) og geðheilsa var metin með General Health Questionnaire (GHQ-30). Niðurstöður sýndu að um 60% þátttakenda frá Súðavík og 70% þátttakenda frá Flateyri sem voru búsettir á stöðunum þegar flóðin féllu fengu áfallahjálp og voru alls um 70% þátttakenda frá Súðavík og 80% þátttakenda frá Flateyri mjög eða frekar ánægðir með hana. Mat á stuðningi og viðbrögðum leiddi í ljós að flestir voru ánægðir með viðbrögð sjúkrahúss, björgunarsveita og almennings. Margir voru óánægðir með fjölmiðla og bæjaryfirvöld. Þeir sem fengu áfallahjálp sýndu fleiri áfallastreitueinkenni lífeðlisfræðilegrar örvunar og verri almenna geðheilsu en þeir sem fengu ekki slíka hjálp. Þeir sem fengu áfallahjálp voru einnig líklegri til að ná viðmiðum um einkenni geðvanda. Ekki reyndist munur á mati fólks á stuðningi eftir því hvort það fékk áfallahjálp eða ekki. Að lokum voru þeir sem upplifðu einkenni áfallastreituröskun óánægðari með stuðning og áfallahjálp heldur en þeir sem ekki upplifðu slík einkenni.

Inngangur

Nú eru 15 ár liðin frá þeim mannskæðu náttúruhamförum sem urðu á Íslandi árið 1995. Snjóflóðin í Súðavík og á Flateyri tóku líf 34 einstaklinga og höfðu mikil áhrif á íbúa sem og allt íslenskt samfélag. Áhrif náttúruhamfara á eftirlifendur geta verið ýmis konar. Algengt er að þolendur þjáist af verkjum og búi við verri líkamlega heilsu en aðrir. Margir upplifa einkenni streitu eða geðrænna vandamála án þess að þeir eigi við ákveðna röskun að stríða. Aðrir upplifa geðraskanir eins og þunglyndi og kvíða. En algengasta geðröskunin sem fólk getur þróað með sér eftir áfall er áfallastreituröskun (*post traumatic stress disorder; PTSD*) (Norris o.fl., 2002).

Í kjölfar áfalla er fólk gjarnan boðið upp á áfallahjálp og er hún hugsuð sem fyrirbyggjandi íhlutun og á að hjálpa fólk að takast á við áfallið (Margrét Blöndal, Eyrún Jónsdóttir, Jóhann Thoroddsen, Anna Björg Aradóttir og Víðir Reynisson, 2008). Eftir snjóflóðið í Súðavík var áfallahjálp veitt í fyrsta sinn hér á landi og var hún meðal annars veitt af prestum, sálfræðingum, hjúkrunarfræðingum og læknum. (Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson, 2000). Ýmsir aðrir aðilar og stofnanir komu við sögu í undanfara snjóflóðanna og einnig eftir þau, til dæmis við hjálparstörf. Sem dæmi má nefna stjórnvöld landsins, almannavarnir, bæjaryfirvöld, sjúkrahús, björgunarsveitarmenn, almenning og fjölmiðla.

Í byrjun árs 1996 söfnuðu þau Gylfi Ásmundsson, Ágúst Oddsson og Þórunn Finnsdóttir gögnum um þolendur snjóflóðanna. Þá voru liðnir 3-4 mánuðir frá snjóflóðinu á Flateyri og 12-14 mánuðir frá snjóflóðinu í Súðavík. Þeir þolendur sem voru 16 ára eða eldri svöruðu spurningalista sem mat einkenni áfallastreituröskunar og önnur geðræn einkenni. Einnig var spurt um mat þolenda á þeirri áfallahjálp sem þeir fengu ásamt mati á viðbrögðum ýmissa aðila og stofnana í tengslum við flóðin. Í þessari rannsókn var kannað hvernig þolendur snjóflóðanna nýttu sér áfallahjálp og hvert mat þeirra var á áfallahjálpinni og á viðbrögðum ýmissa aðila og stofnana. Mat þeirra var einnig skoðað í tengslum við áfallastreituröskun og önnur geðræn einkenni.

Áföll

Hvað er áfall?

Samkvæmt skilgreiningu Bandaríska sálfræðingafélagsins er áfall það að hafa lent í eða upplifað atburð sem ógnaði lífi manns eða annarra og/eða olli alvarlegum áverka. Það getur einnig verið áfall að fréttu af dauða eða skaða fjölskyldumeðlima eða

annarra náinna aðila. Sem dæmi um áföll má nefna náttúruhamfarir, hryðjuverk, rán, kynferðislega misnotkun, bílslys, að greinast með alvarlegan sjúkdóm og svo mætti lengi telja. Algeng viðbrögð við áfalli eru ótti, hjálparleysi eða hryllingur (American Psychiatric Association, 2000).

Algengi áfalla

Flestir lenda í einhverju áfalli yfir ævina en rannsóknir á algengi þess að lenda í áfalli sýna þó misjafnar niðurstöður eftir því hvernig áfall er skilgreint. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes og Nelson (1995) mátu að 60,7% karla og 51,2% kvenna upplifðu að minnsta kosti eitt áfall á lífsleiðinni. Aðrir rannsakendur hafa metið líkurnar allt að 90% (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis og Andreski, 1998). Algengasta áfallið virðist vera að missa náinn ættingja eða vin en talið er að um 60% einstaklinga upplifi það. Önnur algeng áföll eru til dæmis líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi, slys og náttúruhamfarir (Breslau o.fl., 1998).

Engar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa kannað tíðni áfalla hér á landi. Þær rannsóknir sem gerðar hafa verið hafa skoðað tíðni áfalla í þröngum hópum eða tíðni ákveðinnar tegundar áfalls.

Íris Böðvarsdóttir og Ask Elklit (2007) athuguðu til að mynda algengi áfalla hjá unglingum í 9.bekk og kom í ljós að 74% stúlkna og 79% drengja höfðu orðið fyrir að minnsta kosti einu áfalli um ævina. Algengasta áfallið var að missa fjölskyldumeðlim (42,7%). Þar á eftir komu ofbeldi (*threats of violence*) (27,6%) og bílslys (27,1%).

Karen Ragnarsdóttir og María Ögn Guðmundsdóttir (2008) athuguðu tíðni áfalla hjá háskólastúdentum og höfðu 40,4% þeirra lent í einu eða fleiri áföllum. Algengasta áfallið var slys (14%) og þar á eftir náttúruhamfarir (12%). Af heildartíðni áfalla var líkamlegt ofbeldi 20% og kynferðislegt ofbeldi 17%.

Algengi áfalla var einnig skoðað hjá þolendum jarðskjálftans á Suðurlandi 2008 en um 45% karla og 55% kvenna sögðust hafa upplifað áfall áður en jarðskjálftinn átti sér stað. Þar af voru náttúruhamfarir algengastar (Karen Ragnarsdóttir, 2010).

Náttúruhamfarir

Hamfarir eru vanalega skilgreindar sem óvæntur atburður sem á sér stað í samfélagi og ógnar fólki og eignum þess. Jarðskjálftar, fellibylir og flóð eru dæmi um

náttúruhamfarir en flugslys og sprengingar má nefna sem dæmi um hamfarir af völdum manna eða tækni. Þess háttar hamfarir verða oftast vegna slysa, mistaka eða vanrækslu. Þá geta slys orðið vegna áhrifa frá náttúrunni, til dæmis geta flugslys orðið vegna vonskuveðurs (Green og Solomon, 1995).

Mennirnir geta haft áhrif á afleiðingar náttúruhamfara, til dæmis með viðvörunum og rýmingu húsa. Því er munurinn á milli áhrifa náttúrunnar og manna ekki alltaf skýr en það sem þessar ólíku hamfarir eiga sameiginlegt er að fela í sér orgn og hættu (Green og Solomon, 1995).

Erlendar rannsóknir í almennu þýði sýna að á milli 13-30% einstaklinga hafa einu sinni eða oftast upplifað náttúruhamfarir (Briere og Elliott, 2000). Þær náttúruhamfarir sem hafa orðið á Íslandi eru meðal annars jarðskjálftar, eldgos, flóð, jökulhlaup og snjóflóð. Frá aldamótunum 1900 og fram til ársins 2008 hafa náttúruhamfarir átt sér stað að minnsta kosti 68 sinnum hér á landi og hafa valdið miklu eigna- og manntjóni (Ágúst Gunnar Gylfason, 2008).

Snjóflóð hafa verið einna mannskæðust náttúruhamfara hér á landi. Fyrsta snjóflóðið sem heimildir eru um varð árið 1118 á Vestfjörðum þegar 5 manns létust. Alls hafa um 680 dauðsföll vegna snjóflóða verið skráð eftir það og má búast við að jafnvel hundruðir fleiri hafi látist sem ekki er vitað um. Á síðustu öld létust 166 manns af völdum snjóflóða, þar af 52 á rúmlega 20 ára tímabili frá 1974-1995. Líklegt er að snjóflóðahætta hafi aukist á Íslandi á þessu tímabili vegna þess að mikið af íbúðarhúsum voru byggð á hættusvæðum (Tómas Jóhannesson og Þorsteinn Arnalds, 2001). Eftir snjóflóðið á Neskaupsstað 1974, varð vakning um skipulagningu og áhættumat vegna snjóflóða og talið nauðsynlegt að bæta úr viðbúnaði. Þessu var þó ekki fylgt eftir fyrr en árið 1985 þegar lög voru sett um snjóflóðavarnir (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Frá árinu 1974 hafa 52 látist í snjóflóðum í þéttbýli en 14 í dreifbýli. Dauðsföll í snjóflóðum hafa því verið næstum þrisvar sinnum fleiri í þéttbýli og er það mjög hátt hlutfall miðað við önnur Evrópulönd sem búa við snjóflóðahættu (Tómas Jóhannesson og Þorsteinn Arnalds, 2001). Árið 1995 urðu tvö af mannskæðustu snjóflóðum landsins á Vestfjörðum. Ítarlega umræðu um þau má finna aftar í inngangi.

Efnahagslegt tjón vegna snjóflóða á Íslandi hefur verið mikið. Tjónið stafar af mörgum þáttum. Eyðileggingu á húsnæði, innbúi og vegum, björgunarstarf er kostnaðarsamt og tryggingasjóðir rýrna (Tómas Jóhannesson og Þorsteinn Arnalds, 2001). Sérfræðingar hafa áætlað að beint efnahagslegt tjón vegna snjóflóða og

skriðufalla á landinu á árunum 1974-2000 hafi verið um 13 milljarðar króna (Umhverfissráðuneytið, 2002).

Áhrif áfalla

Áföll geta haft ýmis konar áhrif á fórnarlömb þeirra. Margir upplifa streitueinkenni og geta þau jafnvel komið fram mörgum árum eftir áfallið. Algengt er að fólk upplifi aðstæður sínar yfirþyrmandi og eyðilegging á umhverfinu getur gert einstaklingum og samfélögum erfiðara fyrir að jafna sig á áfallinu og afleiðingum þess. Margir upplifa óöryggi á heimili sínu og þurfa jafnvel að flytja vegna eyðileggingar. Einnig eru ófáir sem efast um tilgang og réttlæti í heiminum (Hobföll o.fl., 2007).

Í yfirlitsgrein Norris og féлага (2002) kemur fram að ýmsar geðraskanir geta þróast í kjölfar áfalla. Einnig er algengt að fólk sýni einkenni geðrænna vandamála án þess að það eigi við ákveðna geðröskun að stríða. Þeir sem hafa lent í áfalli kvarta líka oft yfir verkjum og búa við verri líkamlega heilsu en aðrir. Þar að auki hafa sumar rannsóknir sýnt aukna áfengis- og vímuefnaneyslu fólks í kjölfar áfalls (Hussain, Weisæth og Heir, 2010). Næst algengasta geðröskunin í kjölfar áfalls er þunglyndi og þar á eftir kvíði. En sú algengasta og jafnframt sú röskun sem mest hefur verið rannsökuð eftir áföll er áfallastreituröskun (ÁSR) (Norris o.fl., 2002).

Áfallastreituröskun

Greiningarviðmið og einkenni

Samkvæmt Diagnostic and statistical manual of mental disorders (American Psychiatric Association, 2000) þarf einstaklingur að uppfylla ákveðin greiningarskilyrði til að greinast með ÁSR. Skilyrðin eru skilgreind í sex liðum, frá A-F. Viðkomandi þarf að hafa lent í áfalli sem uppfyllir tvö skilyrði (A). Í fyrsta lagi þarf áfallið að felast í því að hafa orðið vitni að atburði sem ógnaði lífi og/eða olli alvarlegum áverka og í öðru lagi þarf einstaklingur að hafa upplifað ótta, hjálparleysi eða hrylling.

Auk þess að uppfylla skilyrði áfalls þarf viðkomandi einstaklingur að sýna ákveðin einkenni. Einkenni ÁSR skiptast í þrjá flokka. Fyrsti flokkurinn (B) er endurupplifanir (*re-experiencing symptoms*). Einstaklingur þarf að upplifa eitt eða fleiri einkenni endurupplifana. Dæmi um einkenni eru endurteknar minningar, endurteknir draumar eða martraðir, fyrirvaralaus viðbrögð eins og atburðurinn

endurtaki sig (*flashbacks*) og lífeðlisleg viðbrögð, til dæmis sviti eða vöðvaspenna vegna atburða sem tákna eða líkjast áfallinu (American Psychiatric Association, 2000).

Annar flokkurinn (C) er forðun eða tilfinningadofi (*avoidance and numbing symptoms*). Einstaklingur þarf að upplifa þrjú eða fleiri einkenni í þessum flokki. Sem dæmi um einkenni má nefna að forðast hugsanir eða tilfinningar sem tengjast áfalli, að forðast athafnir, staði eða fólk sem minna á áfallið, að muna ekki eftir ákveðnum þáttum áfallsins, minni áhugi á að taka þátt í athöfnum og hamlað geðslag (til dæmis að geta ekki fundið til kærleika) (American Psychiatric Association, 2000).

Þriðji og síðasti flokkurinn (D) er aukin lífeðlisfræðileg örvun (*hyperarousal symptoms*) og þarf að koma fram á að minnsta kosti tvönnan hátt. Til dæmis með svefntruflunum, reiðiköstum, einbeitingarörðugleikum eða ýktum viðbrögðum (American Psychiatric Association, 2000).

Að lokum þurfa einkennin að hafa verið til staðar í að minnsta kosti einn mánuð (E) og þurfa að valda verulegu uppnámi og/eða truflun í félagslegum samskiptum, atvinnuþátttöku eða á öðrum mikilvægum sviðum (F) (American Psychiatric Association, 2000).

Upphaf og lengd einkenna ÁSR eru mismunandi. Þegar einkenni eru til staðar í innan við þrjú mánuði er talað um að hún sé bráð (*acute*). Hins vegar er hún sögð langvarandi (*chronic*) þegar viðkomandi hefur sýnt einkenni lengur en í þrjú mánuði. Þá er talað um seinkaða áfallastreituröskun (*with delayed onset*) þegar einkenni koma ekki fram fyrr en að minnsta kosti sex mánuðum eftir áfallið (American Psychiatric Association, 2000).

Auk þeirra einkenna sem eru skilyrði fyrir greiningu er ýmislegt annað sem einkennir fólk með ÁSR. Til dæmis finna margir fyrir sektarkennd yfir því að hafa lifað af eða yfir hlutum sem það gerði til að lifa af (American Psychiatric Association, 2000). Þetta hefur áhrif á virkni fólks í félags- og atvinnulífi. Rannsókn Druss og félaganna (2009) sýndi að virkniskerðing í kjölfar ÁSR er sambærileg við skerðingu fólks með þunglyndi sem er talin sú geðröskun sem leiðir af sér mesta skerðingu á virkni. Einnig geta orðið erfiðleikar í hjónabandi sem leiða til skilnaðar (American Psychiatric Association, 2000).

Fórnarlömb áfalla geta einnig upplifað bráða áfallastreitu (*acute stress disorder*) en einkenni hennar eru meðal annars kvíði og aðgreining frá veruleikanum

(*dissociation*). Einstaklingur þarf að upplifa að minnsta kosti þrjú aðgreiningareinkenni svo sem dofa, óraunveruleikatilfinningu eða minnistap (*dissociative amnesia*). Önnur einkenni eru svipuð einkennum áfallastreituröskunar. Endurupplifanir, forðun eða tilfinningadofi og ofurárvekni þurfa að hafa átt sér stað og verða að koma fram innan við mánuð frá áfallinu og endast í að minnsta kosti tvo daga (American Psychiatric Association, 2000). Sýnt hefur verið fram á að þeir sem fá bráða áfallastreitu eru í mikilli hættu á að fá ÁSR (Classen, Koopman, Hales og Spiegel, 1998).

Einkenni ÁSR geta verið langvinn. Það sást til dæmis hjá fórnarlömbum mikils jarðskjálfta sem varð á Tyrklandi árið 1999 en tíðni ÁSR og þunglyndis var athuguð hjá fórnarlömbunum. Átta mánuðum eftir jarðskjálftann sýndu 43% einkenni ÁSR. Líðan fórnarlömbanna var athuguð að nýju 20 mánuðum eftir jarðskjálftann og voru þá 39% með einkenni ÁSR. Á þessum tölum sést að líðan fólksins batnaði lítið á þessu ári sem leið á milli mælinga jafnvel þótt hluti fólksins hafi fengið meðferð og sýnir því hversu langvinn röskunin getur verið. Þessa háu tíðni áfallastreitueinkenna er að hluta til hægt að rekja til þess hversu alvarlegur jarðskjálftinn var. Einnig voru íbúar óttaslegnir vegna annarra jarðskjálfta sem dundu yfir á öðrum stöðum á landinu sem gæti hafa viðhaldið streitueinkennum íbúanna (Salcioglu, Basoglu og Livanou, 2003).

Svo virðist sem einkenni ÁSR minnki mest fyrstu 12 mánuðina eftir að þau koma fram. Eftir það fer batinn að hægja á sér (Kessler o.fl., 1995). Í rannsókn Kessler og féлага (1995) var meðaltími bataferlis hjá þeim sem sóttu meðferð 36 mánuðir en 64 mánuðir hjá þeim sem ekki sóttu meðferð. Þó þessar niðurstöður sanni ekki árangur meðferðar gefa þær vísbendingu um að meðferð geti flýtt fyrir bata. Athyglisvert er þó að meira en þriðjungur fólksins náði ekki fullum bata og sýndi einkenni áfallastreitu árum saman. Þetta átti ekki bara við þá sem fengu ekki meðferð.

Algengi áfallastreituröskunar

Þó flestir upplifi einhverja streitu í kjölfar áfalls er talið að flestir jafni sig án nokkurra formlegra inngripa (Breslau o.fl., 1998). Í rannsókn Kessler og féлага (1995) kom fram að 8-13% karla og 20-30% kvenna sem lenda í áfalli fá ÁSR. Breslau og félagar (1998) töldu hins vegar að um 9% þeirra sem lentu í áfalli fengu röskunina. Þetta er lægra hlutfall en komið hefur fram í öðrum rannsóknum (Kessler

o.fl., 1995; Galea, Nandi og Vlahov, 2005) en Breslau og félagar telja að það sé vegna þess að aðrir rannsakendur hafi einblínt á verstu áföll sem þátttakendur höfðu lent í. Talið er að líkurnar á því að fá ÁSR á lífsleiðinni (*lifetime prevalence*) séu tæplega 7% (Kessler o.fl., 2005). Röskunin er algengari hjá konum en líkurnar hjá þeim eru taldar 10,5% en 5% hjá körlum (Kessler o.fl., 1995).

Tegund áfalls hefur áhrif á algengi ÁSR en enginn atburður virðist þó vera þess valdandi að næstum allir sem í honum lendi fá röskunina (Kessler o.fl., 1995). Þeir sem lenda í kynferðislegri misnotkun eða nauðgun eru líklegir til að þróa með sér ÁSR. Í rannsókn Breslau og félaga (1998) kom fram að 49% fórnarlamba nauðgana og 23,7% fórnarlamba kynferðislegrar misnotkunar voru með ÁSR. Samantektir á niðurstöðum rannsókna á áfallastreitu yfir margra ára tímabil hafa meðal annars leitt í ljós að ÁSR er algengari eftir hamfarir af völdum manna eða tækni heldur en eftir náttúruhamfarir (Galea o.fl., 2005; Neria, Nandi og Galea, 2008; Norris o.fl., 2002). Þó verður að hafa í huga að það getur reynst erfitt að skilgreina þolendur náttúruhamfara þar sem nálægð einstaklinga við atburðinn er mjög misjöfn og ekki er alltaf augljóst hver hefur orðið fyrir áfalli. Rannsóknir hafa sýnt að eftir því sem nálægð einstaklingsins við hamfarirnar er meiri því líklegra er að hann þrói með sér ÁSR (Armenian o.fl., 2000; Galea o.fl., 2005; Neria o.fl., 2008).

Tíðni ÁSR eftir náttúruhamfarir er mismunandi eftir rannsóknnum. Það ræðst líklega af því að nálægð þátttakenda við atburðinn er misjöfn. Í þeim rannsóknnum þar sem tíðnin er mjög há er oft um að ræða fólk sem var í mikilli nálægð við hamfarirnar og fór illa út úr þeim eða þegar um er að ræða klínísk úrtök (Galea o.fl., 2005). Samantektir á rannsóknnum á áhrifum náttúruhamfara hafa sýnt að allt frá 4-60% þolenda geta þjáðst af ÁSR fyrstu árin eftir hamfarirnar en flestar rannsóknir sýna þó tölur í neðri hluta þessa bils (Galea o.fl., 2005; Neria o.fl., 2008). Sem dæmi má nefna rannsókn Cao, McFarlane og Klimidis (2003) á áfallastreituröskun eftir jarðskjálfta í Kína sem sýndi að 8,9% þjáðust af röskuninni. Ein hæsta tíðni sem komið hefur fram var hins vegar í rannsókn Madakasira og O'Brien frá árinu 1987 þegar þeir athuguðu tíðni ÁSR hjá þolendum fellibyls í Norður Karólínu. Í ljós kom að 59% þátttakenda þjáðust af röskuninni (sjá í Galea o.fl., 2005).

Rannsóknir á áfallastreituröskun á Íslandi

Nokkrar rannsóknir hafa verið gerðar á ÁSR hér á landi. Fyrsta rannsóknin var gerð af þeim Gylfa Ásmundssyni og Ágústi Oddssyni (2000) sem athuguðu sálrænar,

félagslegar og heilsufarslegar afleiðingar snjóflóðanna á Vestfjörðum 1995. Í ljós kom að 48% Flateyringa uppfylltu viðmið um einkenni ÁSR 3-4 mánuðum eftir áfallið. Þá uppfylltu 35% íbúa í Súðavík sömu viðmið 12-14 mánuðum eftir flóðið þar. Konur voru líklegri til að ná viðmiðum á báðum stöðunum. Íbúar Raufarhafnar voru hafðir til samanburðar en 9% þeirra uppfylltu viðmiðin. Það viðmið sem var notað um einkenni ÁSR var >20 stig á IES spurningalistanum og >10 á PTSS-10 spurningalistanum. Viðmiðið á IES er heldur lágt þegar miðað er við aðrar rannsóknir á ÁSR (t.d. Stallard, Velleman og Baldwin, 1999).

Edda Björk Þórðardóttir (2008) fylgdi rannsókn Gylfa og Ágústar eftir og athugaði líðan þolenda snjóflóðsins í Súðavík rúmum áratug eftir að snjóflóðið féll. Þegar notast var við sama viðmið og Gylfi og Ágúst notuðu, var nánast sami fjöldi íbúa sem sýndi einkenni ÁSR og ári eftir flóðið eða 36%. Þegar hærra viðmið var notað á IES spurningalistanum (>35), sem svipar til þess viðmiðs sem notað er í erlendum rannsóknum, var tíðnin 18%. Í þessari rannsókn voru konur einnig líklegri til að ná viðmiðum ÁSR. Helsti galli rannsóknarinnar var að úrtak var frekar lítið.

Íris Böðvarsdóttir og Ask Elklit (2004) skoðuðu áhrif jarðskjálftanna á Suðurlandi árið 2000 en líðan 52 íbúa var athuguð þremur mánuðum eftir skjálftann. Í þessari rannsókn var The Harvard Trauma Questionnaire notaður, en hann metur öll þrjú megin einkenni ÁSR. Niðurstöður sýndu að 24% fullorðinna uppfylltu viðmið fyrir greiningu ÁSR og voru konur hér einnig í meirihluta. Í samanburðarhópi voru 29 einstaklingar sem ekki upplifðu jarðskjálftann. Enginn af þeim uppfyllti sömu skilyrði. Niðurstöður rannsóknarinnar studdu þá hugmynd að nálægð við hamfarirnar hafi mikil áhrif á það hvort ÁSR þróast. Einnig kom í ljós að þeir sem höfðu minni menntun voru líklegri til að þróa með sér röskunina og að þeir sem áttu auðvelt með að tjá tilfinningar sínar skoruðu almennt lágt á áfallskvörðunum. Í þessari rannsókn var úrtak einnig frekar lítið.

Áhrif jarðskjálftanna á Suðurlandi 2008 voru einnig skoðuð. Úrtakið samanstóð af 533 íbúum svæðisins og var líðan þeirra metin tveimur og 12 mánuðum eftir jarðskjálftann. Niðurstöður sýndu að tveimur mánuðum eftir jarðskjálftann höfðu 3,9% þeirra umtalsverð einkenni ÁSR en 4,1% þátttakenda sem sýndu talsverð einkenni ÁSR ári eftir skjálftann (Karen Ragnarsdóttir, 2010).

Ásdís Eir Símonardóttir (2009) skoðaði líðan björgunarsveitarmanna í kjölfar þungbærrar lífsreynslu og varnarviðbrögð þeirra. Þátttakendur voru 227 björgunarsveitarmenn. Í ljós kom að af þeim 99 sem höfðu lent í áfalli vegna

atburðar í björgunarsveitarstarfi uppfylltu 7,1% viðmið ÁSR og 5% þeirra sýndi þunglyndiseinkenni yfir viðmiðum.

Líðan þolenda kynferðisofbeldis hefur einnig verið skoðuð hér á landi. Sjöfn Evertsdóttir (2009) kannaði áfallastreitueinkenni meðal 49 skjólstaðinga Stígamóta. Tæplega 60% þeirra greindu frá einkennum ÁSR og voru einkennin allt frá því að vera væg til mjög alvarleg. Þar að auki sýndi rúmlega 40% þátttakenda þunglyndiseinkenni. Í rannsókninni var sjálfsskaðandi hegðun einnig athuguð og kom í ljós að um 65% höfðu skaðað sjálfan sig viljandi einhvern tímann á lífsleiðinni. Helstu gallar voru að úrtak var fremur lítið og samanstóð nánast eingöngu af konum sem dregur úr alhæfingargildi niðurstaðna.

Tíðni ÁSR var skoðuð hjá háskólastúdentum. Þátttakendur voru 294. Í ljós kom að tæplega 66% þeirra sem lent höfðu í áfalli sýndu engin einkenni ÁSR, 11,6% höfðu væg einkenni en 6,6 höfðu alvarleg einkenni. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar felast í því að úrtakið samanstóð af háskólanemum sem hefur áhrif á alhæfingargildi niðurstaðna (Karen Ragnarsdóttir og María Ögn Guðmundsdóttir, 2008).

Áhættuþættir

Það að lenda í áfalli er nauðsynlegt en ekki nægjanlegt skilyrði þess að einstaklingur þrói með sér ÁSR (Kessler o.fl., 1995). Ýmsir þættir geta haft áhrif. Eins og áður hefur komið fram skiptir nálægð við hamfarirnar máli. Eftir því sem nálægð er meiri aukast líkurnar á að einstaklingur greinist með ÁSR (Armenian o.fl., 2000). Að sama skapi aukast líkurnar þegar tjón er mikið (Galea o.fl., 2005; Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson, 2000). Þeir einstaklingar sem missa ástvin eða eiga ástvin sem slasast í hamförum eru einnig líklegri til að sýna einkenni ÁSR en aðrir (Armenian o.fl., 2000; Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson, 2000).

Ýmsir lýðfræðilegir þættir virðast hafa áhrif á það hvort ÁSR þróast. Til dæmis má nefna kyn, aldur, stéttarstöðu, kynþátt, hjúskaparstöðu, fjölskyldusamsetningu (*family structure*) og menningu (Norris o.fl., 2002). Þessir þættir vinna saman á flókinn hátt og hafa víxlverkandi áhrif sem erfitt er að henda reiður á í rannsóknnum. Til dæmis geta áhrif kyns verið mismunandi eftir menningarsamfélögum og áhrif hjúskaparstöðu mismunandi eftir kyni. Þrátt fyrir samvirkni á milli þátta má líta þannig á að hættan á því að fá ÁSR aukist eftir því sem áhættuþáttunum fjölgar (Norris o.fl., 2002).

Talið er að konur séu helmingi líklegri til að þróa með sér ÁSR en karlar. Að hluta til er ástæðan sú að konur eru líklegri til að verða fyrir alvarlegri áföllum sem eru líklegri til að leiða til ÁSR, til dæmis kynferðislegri misnotkun. En jafnvel þegar leiðrétt er fyrir tegund áfalls eru konur líklegri til að fá röskunina (Kessler o.fl., 1995). Í samantekt Norris og féлага (2002) á rannsóknum á hamförum sást að hamfarirnar höfðu verri áhrif á konur í 94% rannsóknanna.

Aldur er einnig talinn áhættuþáttur. Börn á skólaaldri virðast eiga í meiri hættu á að fá ÁSR en leikskólabörn. Þá virðist ungt fólk eiga í meiri hættu á að þróa með sér röskunina en eldra fólk (Norris o.fl., 2002). Til að mynda ályktuðu Adams og Boscarino (2006) út frá rannsókn sinni að það að vera á aldrinum 18-29 ára væri áhættuþáttur fyrir ÁSR. Niðurstöður nokkurra rannsókna hafa aftur á móti sýnt að eldra fólk sé í meiri hættu á að þróa með sér einkennin. Jia og félagar (2010) skoðuðu áfallastreitueinkenni eftir jarðskjálfta í Kína og komust að því að aldraðir væru líklegri til að sýna einkenni röskunarinnar. Hugsanlegt er að áhrif aldurs séu mismunandi eftir menningarsamfélögum. Í samantekt Norris og féлага (2002) voru þeir yngri í meiri hættu en eldri í öllum þeim rannsóknum þar sem úrtök samanstóðu af Bandaríkjamönnum.

Fyrri áföll eru annar áhættuþáttur fyrir ÁSR. Eftir því sem fyrri áföllum fjölgar aukast líkurnar á því að fá röskunina (Breslau o.fl., 1998). Sem dæmi um þetta má nefna rannsókn Bremners, Southwick, Johnson, Yehuda og Charney (1993) sem sýndi að 27% þeirra hermanna Víetnamstríðsins sem höfðu upplifað líkamlegt ofbeldi í æsku þjáðust af ÁSR í kjölfar stríðsins á móti 7% þeirra sem ekki höfðu upplifað ofbeldi. Þeir sem voru með ÁSR höfðu einnig lent í fleiri áföllum en hinir að meðaltali.

Vísbendingar eru um að bjargráð (*coping styles*) hafi áhrif á þróun ÁSR. Þeir sem sýna forðunarbjargráð (*avoidant-focused coping style*) virðast líklegri til að sýna áfallastreitueinkenni (Johnsen, Eid, Laberg og Thayer, 2002).

Streita fyrir og eftir áfall hefur einnig áhrif á líkurnar á því að fá ÁSR. Þeir sem hafa átt við geðröskun að stríða fyrir hamfarirnar eru því líklegri til að fá röskunina. Þá geta hamfarir haft annars stigs afleiðingar eins og meiðsli eða heilsubresti, fjárhagserfiðleika, atvinnumissi eða hjónabandserfiðleika (Norris o.fl., 2002; Galea o.fl., 2005).

Áhrif stéttarstöðu og kynþáttar hafa lítilla verið skoðuð. Þó virðist sem minnihlutahópar og fátækir séu líklegri til að fá ÁSR (Norris o.fl., 2002).

Talið er að ákveðnir þættir geti haft verndandi áhrif (*protective factors*) og minnka líkurnar á ÁSR þegar þeim fjölga. Dæmi um slíka þætti eru félagslegur stuðningur og jákvæð bjargráð (Norris o.fl., 2002). Þá er tíðni ÁSR lægri hjá þeim sem eru giftir en hjá þeim sem hafa slitið samvistum (Kessler o.fl., 1995).

Samsláttur annarra geðraskanana við áfallastreituröskun

Þeir sem þjást af ÁSR eru mjög líklegir til hafa áður glímt við eða eiga eftir að glíma við aðrar geðraskanir eins og þunglyndi og kvíða. Þó skal hafa í huga að einkenni ÁSR skarast við bæði þunglyndis- og kvíðaeinkenni. Rannsókn Kessler og féлага (1995) sýndi að 88,3% karla og 79% kvenna sem fengu ÁSR þurftu að kljást við að minnsta kosti eina aðra geðröskun um ævina. Þá sýndi rannsókn Maes, Mylle, Delmeire og Altamura frá árinu 2000 að 51% þátttakenda sem höfðu ÁSR náðu einnig viðmiðum að minnsta kosti einnar annarar geðröskunar í DSM-IV.

Í samantektarrannsókn Quarantini og féлага (2009) kom í ljós að 30-50% þeirra sem þjáðust af ÁSR glímdu einnig við þunglyndi. Þó margir þolendur áfalla sýni einkenni þunglyndis virðist sem einkennin séu sterkari hjá þeim sem greinast með ÁSR (Shalev o.fl., 1998). Rannsóknir hafa sýnt að þegar einstaklingur greinist með fleiri en eina geðröskun eru meiri líkur á sjálfsvígstíraunum (Oquendo o.fl., 2005).

Ýmsar hugmyndir eru uppi um tengsl ÁSR og þunglyndis. Í rannsókn Kesslers og féлага (1995) sögðu 78,4% þátttakenda sem höfðu báðar raskanirnar að þunglyndið hefði komið á eftir ÁSR. Ýmis önnur tengsl hafa þó sést í rannsóknnum. Sumar hafa sýnt að ÁSR auki líkur á þunglyndi. Aðrar hafa sýnt fram á það að þunglyndi auki líkurnar á því að manneskja upplifi áfall og að áfallið leiði til ÁSR. Að lokum hafa niðurstöður rannsókna gefið til kynna að sömu erfðafræðilegu eða umhverfistengdu veikleikarnir séu að baki þunglyndi og ÁSR (Quarantini o.fl., 2009).

Einstaklingar sem þróa með sér ÁSR í kjölfar áfalla eru einnig líklegri til að þjást af kvíðaröskunum (Quarantini o.fl., 2009). Þeir eru til dæmis líklegri til að greinast með almenna kvíðaröskun (*general anxiety disorder*) eða felmturröskun (*panic disorder*) heldur en þeir sem ekki hafa ÁSR (Kessler o.fl., 1995). Talið er að raskanirnar hafi bæði sameiginlega erfðafræðilega þætti og umhverfisþætti að baki (Chantarujikapong o.fl., 2001). Rannsókn Maes og féлага (2000) sýndi að ásamt því

að vera með ÁSR voru 24,6% einnig með almenna kvíðaröskun og 21% einnig með víðáttufælni (*agoraphobia*).

Faraldsfræðilegar rannsóknir sýna að vímuefnavandi er algengur meðal þeirra sem þjást af ÁSR. Þeir sem leita í vímuefnavandi eru oft að reyna að minnka einkenni ÁSR og eru það gjarnan þeir sem eru mjög illa haldnir og sýna veruleg einkenni röskunarinnar sem eiga í vandræðum með áfengi og vímuefni (Jacobsen, Southwick og Kosten, 2001).

Áföll og ÁSR hafa áhrif á líkamlega heilsu fólks. Rannsókn Sledjeski, Speisman og Dierker (2008) sýndi að þeir sem voru með ÁSR voru líklegri til að þjást af ákveðnum þrálátum kvillum heldur en þeir sem höfðu lent í áfalli en voru ekki með ÁSR. Þeir sem ekki höfðu lent í áfalli voru ólíklegastir til að þjást af kvillum. Þeir kvillar sem hrjáðu frekar þá sem höfðu ÁSR voru gigt, verkir í baki eða hálsi, hjartveiki, magasár, höfuðverkir og þrálátir verkir. Ákveðnir kvillar voru þó jafn líklegir hjá þeim sem voru með ÁSR og þeim sem höfðu lent í áfalli en höfðu ekki ÁSR. Þeir voru krabbamein, sykursýki og árstíðabundið ofnæmi (*seasonal allergies*). Þar sem þeir sem voru með ÁSR voru líklegri til að hafa upplifað mörg áföll var reynt að stjórna fyrir þau áhrif. Þegar það var gert hurfu tengsl ÁSR við alla kvillana nema höfuðverki. Það bendir því til þess að ÁSR hafi óbein áhrif á líkamlega heilsu og að fjöldi áfalla spái betur fyrir um heilsufar en ÁSR ein og sér.

Áfallahjálp

Hvað er áfallahjálp?

Áfallahjálp er hægt að skilgreina sem skammvinna og fyrirbyggjandi íhlutun og er hún veitt eftir ýmis konar áföll (Margrét Blöndal o.fl., 2008). Áfallahjálp snýst um að taka á tilfinningalegum vandamálum sem koma upp eftir áfall og að veita sálræna skyndihjálp (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Til eru mismunandi tegundir áfallahjálpar og hefur orðið áfallahjálp verið notað jöfnum höndum yfir margar aðferðir hér á landi. Helstu aðferðir áfallahjálpar eru tilfinningaleg úrvinnsla og sálræn skyndihjálp.

Tilfinningaleg úrvinnsla

Tilfinningaleg úrvinnsla (*psychological debriefing/critical incident stress debriefing*) er ein þeirra aðferða sem hafa mikið verið notaðar við áfallahjálp. Tilfinningaleg

úrvinnsla var fyrst notuð í seinni heimsstyrjöldinni en var þó ekki hugsuð sem meðferðaríhlutun heldur átti að kanna sögulegan sannleik (*historical truth*) með því að fá alhliða lýsingar af stríðinu frá þeim sem lifðu af. Hópar af hermönnum komu saman ásamt liðsforingja strax eftir bardaga og töluðu saman um reynslu sína og viðbrögð. Í þessum tímum kom gjarnan í ljós að hermenn sem voru í sömu aðstæðum höfðu upplifað hlutina á mismunandi hátt. Úrvinnslan þótti gagnleg fyrir hermennina þar sem þeir gátu deilt reynslu sinni og virtist það þjappa hópnum saman. Í Kóreu- og Víetnamsstríðunum voru það svo sálfræðingar og geðlæknar sem þróuðu hugmyndina um tilfinningalega úrvinnslu. Þá var því trúað að það að tala um atburðinn myndi hjálpa mönnum að komast yfir hann (Kaplan o.fl., 2001).

Mitchell (1983) ályktaði að fyrst að tilfinningaleg úrvinnsla gagnaðist hermönnum myndi hún líklega einnig gagnast slökkviliðs-, lögreglu- og sjúkraflutningamönnum og öðru fólki sem þyrfti að eiga við erfiðar aðstæður í starfi. Mitchell sem var fyrrverandi slökkviliðs- og sjúkraflutningamaður þróaði þá aðferð sem notuð er við tilfinningalega úrvinnslu í dag. Hann lagði áherslu á að þeir atburðir sem þessar starfsstéttir þurfa að eiga við séu ekki síður streituvaldandi fyrir starfsmennina en fyrir fólkið sem lendir í þeim. Síðar var farið að nota aðferðina til hjálpar fórnarlömbum áfalla og er tilfinningaleg úrvinnsla nú notuð í fyrirtækjum, skólum, sjúkrahúsum og í herþjónustu (McNally, Bryant og Ehlers, 2003).

Skilgreiningin á tilfinningalegri úrvinnslu er stutt íhlutun sem á sér stað fyrstu dagana eftir áfall og er ásamt því að draga úr líkum á ÁSR ætlað að minnka vanlíðan og streitu fórnarlamba. Hópur fólks sem lent hefur í áfallinu kemur þá saman ásamt lærðum leiðbeinanda á þessu sviði og á að viðra tilfinningar sínar um áfallið og segja frá hugsunum sínum og skoðunum í tengslum við það. Leiðbeinandinn fræðir þátttakendur um áfallastreituvíðbrögð og reynir að færa þau í eðlilegt horf (McNally, Bryant og Ehlers, 2003).

Samkvæmt Everly og Michell (1999) skiptist íhlutunin í sjö þætti. Í upphafi útskýrir leiðbeinandinn aðferðina fyrir þátttakendum og svarar spurningum þeirra. Eftir það á hver þátttakandi að lýsa því hvað gerðist og hvað hann upplifði á meðan áfallinu stóð. Allir eiga þó að hafa þann möguleika á að þegja ef þeir kjósa. Næst eiga þátttakendur að segja frá hugsunum sínum þegar áfallið reið yfir og þar á eftir eiga þeir að segja frá tilfinningum sínum, til dæmis hvað þeim fannst verst við áfallið. Þar á eftir er farið í geðræn einkenni og spyr leiðbeinandi þátttakendur hvort þeir hafi upplifað ákveðin einkenni í kjölfar áfallsins. Leiðbeinandinn reynir svo að

telja þátttakendum trú um að streituvíðbrögð þeirra séu eðlileg og bendi ekki endilega til geðrænna vandamála. Að lokum reynir leiðbeinandinn að stuðla að því að þátttakendur nái að gera upp atburðinn (*closure*) og fer yfir það sem gert hefur verið á fundinum (Everly og Michell, 1999).

Vissulega er hugsunin á bakvið tilfinningalega úrvinnslu góð og trúverðuleiki aðferðarinnar mikill því margir telja betra að tala um hlutina en að byrgja þá inni. Einnig telja flestir þátttakendur að úrvinnslan hjálpi þeim. Þrátt fyrir þetta hafa deilur um aðferðina aukist eftir því sem fleiri rannsakendum hefur mistekist að sýna fram á árangur hennar. Þó þátttakendur telji hana gagnlega þýðir það ekki að hún komi í veg fyrir ÁSR og gæti einungis endurspeglað þakklæti fyrir þá hjálp sem var veitt (McNally o.fl., 2003).

Í yfirlitsgrein Rose og féлага (2002) var farið yfir niðurstöður nokkurra rannsókna á tilfinningalegri úrvinnslu. Rannsóknirnar sem teknar voru saman voru á áhrifum þess að taka þátt í einum hópfunði þar sem tilfinningaleg úrvinnsla fór fram. Höfundar komust að þeirri niðurstöðu að engar sannanir séu fyrir því að einn hópfundur minnki streitueinkenni og komi í veg fyrir áfallastreituröskun. Þeim sem fengu íhlutun virtist ekki vegna neitt betur en samanburðarhópunum. Þunglyndis- og kvíðaeinkenni voru einnig metin og sáust ekki vísbendingar um að íhlutun drægi úr þeim.

Einhverjar rannsóknir hafa þó sýnt fram á gagnsemi tilfinningalegrar úrvinnslu. Chemtob, Thomas, Law og Cremniter (1997) mátu árangur aðferðarinnar eftir fellibyl sem varð á Hawaii, 1992. Í ljós kom að þátttakendur sýndu minnkuð streitueinkenni eftir að hafa fengið íhlutunina.

Aðrir rannsakendur hafa hins vegar sýnt fram á að aðferðin geti jafnvel verið skaðleg og aukið áfallastreitueinkenni. Hobbs, Mayou, Harrison og Worlock (1996) rannsökuðu hvort tilfinningaleg úrvinnsla minnkaði áfallastreitueinkenni hjá fólki sem lent hafði í bílslysi og sýndu niðurstöðurnar að þeir sem höfðu fengið íhlutunina höfðu fleiri einkenni. Vísbendingar eru um að tilfinningaleg úrvinnsla hindri eðlilegan bata vegna aukinnar umskráningar á minningum tengdum áfallinu (McNally o.fl., 2003).

Verjendur aðferðarinnar hafa sagt að skilgreining á hugtökum sé oft ekki nógu skýr í rannsóknum á tilfinningalegri úrvinnslu. Þá hafa þeir bent á að einhverjir rannsakendur beri tilfinningalega úrvinnslu saman við aðra meðferð og benda á að hún sé ekki tegund meðferðar né komi hún í stað hennar (Everly og Mitchell, 2000).

Það er því ljóst að ekki eru allir á eitt sáttir um gagnsemi tilfinningalegrar úrvinnslu og spurning er hvort úthluta eigi stórum fjárhæðum úr ríkissjóðum í aðferðir sem ekki er víst að virki og hindri jafnvel framgang þess að gagnlegri aðferðir séu þróaðar og prófaðar (McNally o.fl., 2003).

Sálræn skyndihjálp

Sálrænni skyndihjálp (*psychological first aid*) hefur verið líkt við hina hefðbundnu skyndihjálp sem fólki er veitt þegar það hefur líkamlega áverka. Þá er til dæmis hugsað um að stoppa blæðinguna, binda um sárið og koma þeim sem þurfa á því að halda á sjúkrahús. Sálræn skyndihjálp felst í að hjálpa fólki að takast á við áfallið og huga að grunnþörfum þolenda. Þeim sem þurfa á því að halda er síðan vísað áfram til að fá frekari aðstoð (Ng og Kantor, 2010).

Þótt margir haldi að sálræn skyndihjálp sé ný af nálinni er saga hennar löng. Í kringum 1950 gaf Bandaríska sálfræðingafélagið út bækling um sálræna skyndihjálp sem átti að undirbúa starfsmenn almannavarna í að takast á við viðbrögð borgara við kjarnorkuárás. Þar var starfsfólki meðal annars ráðlagt að tala rólega við borgarana og sagt hvernig það ætti að hjálpa fólki að takast á við aðstæður. Margar þeirra ráðlegginga sem finna má í bæklingnum myndu eiga við enn í dag (Jacobs og Meyer, 2007).

Ýmsir aðilar hafa ritað um sálræna skyndihjálp í gegnum tíðina en hugmyndin um hana varð ekki fastmótuð fyrr en hún var tekin upp hjá Rauða kross hreyfingunni í kringum 1990. Rauði krossinn taldi sálræna skyndihjálp besta sálræna stuðninginn sem væri hægt að veita í þróunarlöndunum og hefur sálræn skyndihjálp verið veitt af Rauða krossinum í ýmsum löndum. Rauði krossinn hefur einnig gefið út bækling um þjálfun þeirra sem koma að sálrænni skyndihjálp og hefur hann verið notaður víða (Jacobs og Meyer, 2006).

Í júlí 2006 kom út handbók með leiðbeiningum um sálræna skyndihjálp sem er ætluð þeim sem koma að sálrænum stuðningi í kjölfar áfalla. Hún var gefin út af tveimur bandarískum stofnunum sem sérhæfa sig í sálrænum stuðningi (Brymer o.fl., 2006). Leiðbeiningarnar voru þýddar á íslensku árið 2009 og eru notaðar hér á landi.

Að mörgu þarf að huga þegar sálræn skyndihjálp er veitt og er hægt að skipta henni upp í átta lykilþætti (Brymer o.fl., 2006). Fyrsti þátturinn snýr að því að mynda tengsl og eiga samskipti við þolendur áfalla. Þeir sem veita hjálpina kynna sig og útskýra sitt hlutverk á staðnum. Tengsl eru myndað við fólkið og komið fram við það

af virðingu og umhyggju. Áhersla er lögð á að sýna samkennd en jafnframt passa að vera ekki uppþrengjandi og taka tillit til menningar fólksins. Annar þáttur snýr að öryggi og hughreystingu. Þegar fólk hefur lent í hamförum er mikilvægt að það finni fyrir öryggi á nýjan leik því það getur minnkað uppnám. Veittur er stuðningur og sérstaklega er reynt að hlúa að fólki sem saknar eða hefur misst fjölskyldumeðlim. Einnig er áhersla á að veita fólki upplýsingar um hvert framhaldið verður og hvað er verið að gera til að hjálpa því. Mikilvægt er að passa að fólk lendi ekki í viðbótaráföllum til dæmis ágangi fréttamanna. Þriðji þátturinn snýr að tilfinningalegum stöðugleika. Hugað er sérstaklega að þeim sem sýna yfirþyrmandi og truflandi viðbrögð við áfallinu og þeim hjálpað að ná stöðugleika. Þetta er til dæmis gert með því að kenna fólki slökunaræfingar eða reyna að fá það til að hugsa um ytra umhverfi með því að nefna þá hluti sem eru í kringum það. Ef aðferðir virka ekki er stundum gripið til lyfja. Fjórdi þátturinn snýst um að afla upplýsinga um þarfir og áhyggjur fólksins og er aðgerðum forgangsraðað. Fólk er gjarnan spurt um upplifun sína af atburðinum, til dæmis hvar það hafi verið, hvort það hafi meiðst, orðið fyrir tjóni, séð einhvern annan slasast eða misst einhvern nákominn og hvort það hafi upplifað mikla hræðslu. Fimmti þátturinn er um að bjóða þolendum aðstoð með grunnþarfir og að forgangsraða aðgerðum sínum. Fólk sem hefur lent í áfalli þarf oft hjálp til að átta sig á hvað er aðkallandi og skipti mestu máli. Oft er gerð áætlun í sameiningu um það sem þarf að gera. Sjötti þátturinn snýst um félagslegann stuðning. Reynt er að efla félagslegt stuðningsnet fólks eins fljótt og hægt er því það getur flýtt fyrir bata. Félagslegur stuðningur getur verið margs konar, til dæmis getur hann verið sýndur með tilfinningalegum stuðningi eins og faðmlögum eða með því að láta fólk vita að það sé einhver til staðar fyrir það. Einnig er fólki hjálpað að ná sambandi við sína nánustu. Sjöundi þátturinn snýr að upplýsingum um bjargráð. Oft er haldin fræðsla um streitu- og varnarviðbrögð sem gæti nýst fólki við að takast á við áfallið og hjálpað því að skilja að viðbrögðin séu eðlileg og algeng. Áttundi og síðasti þátturinn snýst um að koma þolendum í samband við viðeigandi þjónustu og þeim veittar upplýsingar um hvaða þjónusta er í boði og hversu lengi. Metið er hvort einstaklingar þurfi á áframhaldandi aðstoð eða meðferð að halda. Þeim sem hafa líkamlega áverka þarf til dæmis að vísa til læknis og sumir hafa geðheilsuvandamál sem þarfnast frekari meðhöndlunar (Brymer o.fl., 2006).

Sálræn skyndihjálp hefur ýmsa kosti. Til dæmis er ekki gert ráð fyrir því að allir þolendur upplifi geðræn vandamál. Sýnt hefur verið fram á að sálræn

skyndihjálpar hentar fólki á öllum aldri og af öllum kynþáttum og auðvelt er að laga hana að aðstæðum hverju sinni (Ng og Kantor, 2010).

Hver er besta íhlutunin eftir áföll?

Ekkert samhljóða álit er um það hvaða íhlutun henti best eftir áföll (Hobfoll o.fl., 2009). Skipuleggjendur áfallahjálpar skiptast oft í tvær fylkingar. Annar hópurinn vill að allir hljóti íhlutun til dæmis tilfinningalega úrvinnslu. Hinn hópurinn leggur áherslu á að veita sálræna skyndihjálpar en vill bíða með formlega íhlutun og sjá hverjir hafa þörf fyrir meðferð og hverjir jafna sig án þess að þurfa á íhlutun að halda (Watson og Shalev, 2005).

Þar sem litlar sannanir eru fyrir því að tilfinningaleg úrvinnsla komi í veg fyrir þróun ÁSR ætti fyrsta skrefið eftir áföll að vera sálræn skyndihjálpar (Litz o.fl., 2002). Hobfoll og félagar (2009) tóku saman fimm atriði sem rannsóknir hafa sýnt að beri árangur í sálrænum stuðningi eftir áföll. Atriðin snerust um það að tryggja öryggi og ró, rækta sambönd og von fólks og stuðla að sjálfsöryggi þess (*self-efficacy*). Mæla þeir með að þessi atriði komi við sögu þegar veita á sálrænan stuðning eftir áföll en atriðin svipa mjög til þeirra áhersluatriða sem tilheyra sálrænni skyndihjálpar.

Sálræna skyndihjálpar á fyrst og fremst að líta á sem stuðning við fórnarlömb, ekki sem meðferð. Með því er það viðurkennt að flestir sem lenda í áfalli fá ekki ÁSR heldur sýna tímabundin streitueinkenni sem fjara út með tímanum. Í stað þess að mæla með eða skikka fólk í ákveðna íhlutun ættu bæklingar með upplýsingum um áföll, hverju við sé að búast og hvar sé hægt að leita sér hjálpar, að vera fólki aðgengilegir (Litz o.fl., 2002).

Margir áhættuþættir ÁSR eru þekktir og því ætti að skima fyrir þeim og bera kennsl á þá aðila sem gætu þurft sérstaka athygli vegna aukinnar áhættu á að þróa með sér röskunina. Þetta er til dæmis hægt að gera með því að spyrja fólk hvort það hafi áður lent í áfalli af svipuðu tagi. Þegar áhættuþættir eru skoðaðir er mælt með því að láta að minnsta kosti viku líða frá áfallinu þar sem það getur tekið nokkurn tíma að jafna sig á mesta áfallinu og komast aftur niður á jörðina. Í einhverjum tilfellum gæti tilfinningaleg úrvinnsla gagnast til dæmis til að skima fyrir fólki sem þarf frekari íhlutun en varast ætti að nota hana sem aðferð til að gera upp áfallið (Litz o.fl., 2002).

Nýting og mat þolenda á áfallahjálpar

Nýting á áfallahjálpar og mat skjólstæðinga á henni hefur lítið sem ekkert verið rannsakað (Norris og Rosen, 2009).

Eftir hryðjuverkaárásirnar í Bandaríkjunum þann 11. september 2001 var sett af stað áfallahjónusta sem veitti fræðslu og áfallaráðgjöf fyrir íbúa New York borgar. Þjónustan var metin af skjólstæðingum og töldu 89% þeirra þjónustuna annað hvort góða eða framúrskarandi (Jackson o.fl., 2006).

Eftir fellibylinn Katrinu árið 2005, var áfallahjálpar einnig metin. Meðalmat skjólstæðinga á áfallahjálpinni var 87 stig af 100 mögulegum (Norris, Hamblen og Rosen, 2009). Hér þarf samt sem áður að hafa það í huga að þó þátttakendur séu ánægðir með áfallahjálpinu og telji hana hafa hjálpað er ekki víst að svo sé og að þolendur séu að sýna þakklæti sitt fyrir þá hjálpar sem var veitt (McNally o.fl., 2003).

Nýting áfallahjálpar og ýmissar þjónustu var skoðuð eftir jarðskjálftann á Suðurlandi 2008. Margir fengu hjálpar frá sjálfboðaliðum til dæmis við að taka til eftir jarðskjálftann. Einnig fengu margir hjálpar frá Rauða krossinum, eða 13,9% karla og 17,9% kvenna. Fjöldi fólks sótti upplýsingafund og leituðu aðstoðar hjá áfallamiðstöð. Tæplega 2% karla og 12% kvenna fengu sálrænan stuðning til dæmis frá prestum eða sálfræðingum. Lögð var áhersla á að þeir sem þyrftu á frekari íhlutun að halda fengu stuðning. Eins og búast mátti við greindu þeir sem fengu sálrænan stuðning frá fleiri áfallastreitu-, þunglyndis- og kvíðaeinkennum tveimur mánuðum eftir skjálftann heldur en þeir sem ekki fengu sálrænan stuðning. Þá hafði áfallastreitu- og kvíðaeinkennum fækkað þegar einkenni voru metin að nýju 12 mánuðum eftir skjálftann (Karen Ragnarsdóttir, 2010).

Áfallahjálpar á Íslandi fyrir snjóflóðin

Saga áfallahjálpar á Íslandi er fremur stutt. Eftir eldgosin í Vestmannaeyjum árið 1973 má segja að áfallahjálpar hafi verið veitt í fyrsta sinn þegar íbúum var boðin aðstoð geðlækna, félagsráðgjafa og lögfræðinga. Aðstoð frá félagsráðgjöfum og lögfræðingum var vel nýtt en aftur á móti var aðstoð geðlækna lítið nýtt og var ályktað að fólk liti svo á að það gæti leyst úr sínum vandamálum sjálft (Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddson, 2000). Hjálparmiðstöðin var staðsett í Reykjavík og var opin í 4 mánuði (Margrét Blöndal o.fl., 2008). Þeir sem störfuðu við neyðarþjónustuna höfðu áhuga á því að rannsaka áhrif gossins á íbúa en bæjaryfirvöld höfnuðu því (Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddson, 2000).

Eftir snjóflóðin í Neskaupsstað 1974 var ekki boðið upp á neina hjálp fagaðila utan aðstoð sóknarpresta. Í dag þykir augljóst að þörf var á einhvers konar áfallahjálpi en það kom í ljós eftir snjóflóðin 1995 þegar íbúum Neskaupsstaðar var boðin síðbúin áfallahjálpi að margir höfðu burðast með sorg og vanlíðan í öll þessi ár og höfðu einkenni áfallastreituröskunar (Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddson, 2000).

Snjóflóðin á Vestfjörðum 1995

Snjóflóðin í Súðavík og á Flateyri höfðu eins og gefur að skilja mikil áhrif á bæjarbúa. Fjöldi manns lét lífið og mikið eignatjón varð þar að auki. Hér á eftir kemur lýsing á atburðarrásunum í kringum snjóflóðin og þeirri áfallahjálpi sem þolendum var veitt.

Snjóflóðið í Súðavík

Snemma að morgni 16. janúar, 1995, féll snjóflóð á Súðavík sem varð 14 manns að bana og eyðilagði 16 hús. Björgunarlið alls staðar að Vestfjörðum voru kölluð út en veður var svo slæmt að erfitt var að komast á staðinn. Björgunaraðgerðir voru því í fyrstu í höndum íbúanna sjálfra. Rúmlega þremur klukkustundum eftir flóðið komu fyrstu björgunarmennirnir á staðinn með skipi, en allir vegir að þorpinu voru ófærir og ekki hægt að fljúga. Þá hófst skipuleg leit. Flóðið var kortlagt til að áætla hvar best væri að leita að fólkinu. Leitarhundar voru einnig notaðir og var það mat björgunarmanna að framlag þeirra hefði verið gríðarlegt. Veðrið gerði björgunarmönnum erfitt fyrir og á meðan björgunarstörf stóðu yfir féll annað snjóflóð á annan hluta þorpsins og olli rafmagnsleysi. Þetta gerði björgunarstörf enn erfiðari. Björgunaraðgerðir stóðu yfir í um 36 klukkustundir. Af þeim 47 sem voru á flóðasvæðinu, náðu níu að bjarga sér sjálfir undan snjónum, 14 var bjargað og 14 fundust látnir, þar af átta börn (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Gróf samantekt á þeim fjölda fólks sem lentu í flóðinu og tóku þátt í björgunaraðgerðum sýndi beina þátttöku um 600 einstaklinga (Júlíus K. Björnsson munnleg heimild, 31. janúar 1995).

Vinnuáætlaðar fjölmiðla í Súðavík voru mjög erfiðar. Blaðamenn og upptökufólk var lokað inni í frystihúsi af fyrirskipun lögreglustjóra og þeim bannað að taka upp efni og ljósmynda. Aðeins ein upptaka náðist af björgunarmönnum að störfum en hún var tekin upp án leyfis. Þá voru örfáar ljósmyndir teknar af björgunarmanni sem hafði laumað myndavél blaðamanns með sér. Blaðamenn voru

mjög óánægðir og töldu sig nógu hæfa til að skýra frá atburðunum þó viðkvæmir væru. Lögreglustjórinn sagðist ekki geta tekið ábyrgð á fleirum en björgunarfólkinu og að hann væri að hugsa um öryggi blaðamanna. Blaðamennirnir voru hins vegar á þeirri skoðun að fjölmiðlabann lögreglustjórans væri til að stjórna því hvað færi í fjölmiðla og gagnrýndu hann fyrir að hafa hindrað störf þeirra sem hefðu annars aflað mikilvægra upplýsinga um þennan sögulega atburð. Eftir þessar deilur var það ljóst að búa þyrfti til viðmiðunarreglur um fréttaumfjöllun á stundum sem þessum (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Áfall íbúa eftir snjóflóðið var mikið og gagnrýndu þeir það að engar viðvaranir hefðu verið gefnar út þannig að hægt hefði verið að koma í veg fyrir eða draga úr afleiðingum flóðsins. Meðlimir almannavarnarnefndar Súðavíkur voru ekki sammála um hvaða upplýsingar hefðu verið gefnar og fengnar í undanfara flóðsins og því reyndist erfitt að fara yfir atburðarrásina (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Stuttu eftir flóðið var hafist handa við endurbyggingu. Snjóplógar og jarðýtur voru notaðar til að ryðja íbúðarhúsnæði fólksins. Íbúarnir sem höfðu gefið leyfi sitt fyrir því sögðu seinna að þeir hefðu engan veginn verið tilbúnir til þess að taka þessa ákvörðun. Í haugum af snjó og rusli mátti finna muni sem höfðu tilfinningalegt gildi fyrir íbúana til dæmis ljósmyndir af ástvinum sem létust á flóðinu. Undanfari flóðsins og hreinsunarstarf var því aðeins til að auka á vanlíðan íbúa (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Eftir snjóflóðið í Súðavík var sett af stað söfnun til að aðstoða fórnarlömb flóðsins fjárhagslega og söfnuðust yfir 200 milljónir króna (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Áfallahjálp eftir snjóflóðið í Súðavík

Haustið 1994 var í fyrsta sinn á Íslandi haldið námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk í að veita áfallahjálp. Héraðslæknir Bolungarvíkur hélt þá námskeið ásamt geðlækni og geðhjúkrunarfræðingi fyrir lækna og hjúkrunarfræðinga á Ísafirði. Sú þekking sem fékkst þar nýttist starfsfólki eftir snjóflóðið í Súðavík þegar aðstoð var veitt í fyrsta sinn undir nafni áfallahjálpar hér á landi (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Viðhorf og þekking hafði breyst og ÁSR var viðurkennd afleiðing áfalla (Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddson, 2000). Áfallahjálpin var veitt á fjórum stöðum; í Súðavík, á sjúkrahúsinu á Ísafirði, í skyndihjálparmiðstöð á Ísafirði og hjá Rauða krossinum í Reykjavík. Í Súðavík voru læknir, sálfræðingur og prestur sem

aðstoðuðu björgunarmennina. Á sjúkrahúsinu á Ísafirði voru svo tveir hópar sem innihéldu fjórar manneskjur hvor. Hóparnir samanstóðu af starfsmönnum Borgarspítalans í Reykjavík, héraðslækninum, nokkrum prestum og starfsfólki sjúkrahúsins. Þessir stuðningshópar hjálpuðu fólkinu sem lá á sjúkrahúsinu og ættingjum þeirra, fólkinu sem hjálpaði til á flóðasvæðinu og/eða tók þátt í björgunarstörfum. Einnig var farið heim til fólks til þess að reyna að ná til sem flestra (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Vinna áfallahjálparteymisins var margþætt. Í fyrstu, þegar leit stóð enn yfir, var áhersla lögð á að hjálpa nánustu aðstandendum týndra og látinna. Einstaklingsviðtöl voru tekin við þolendur ásamt því að úrvinnslufundir voru haldnir, bæði með íbúum og björgunarsveitarmönnum. Skráð voru um 170 einstaklingsviðtöl auk þess sem rætt var við um 240 manns í hópum. Einnig aðstoðuðu aðilar úr áfallahjálparteyminu við kistulagningar. Kynningarfundur um streituvíðbrögð eftir áföll var haldinn í íþróttahúsinu þann 22. janúar og mættu milli 70 og 80 manns á fundinn (Ágúst Oddsson, 1995). Þar sem meirihluti þeirra sem létust voru börn var aðstoð veitt í Grunnskóla Súðavíkur sem var tímabundið færður í gamlan húsmæðraskóla á Ísafirði eftir flóðið. Fjögurra manna áfallateymi frá Reykjavík var að störfum og fór í nokkrar heimsóknir. Í þeirri fyrstu voru úrvinnslufundir (*debriefing*) meðal annars haldnir með nemendum. Einnig var foreldrafundur haldinn þar sem foreldrar fengu fræðsluefni og voru fræddir um viðbrögð barna við sorg og áföllum (Bragi Skúlason, Ingbór Bjarnason, Margrét Arnljótsdóttir og Margrét Ólafsdóttir, 1995). Í annarri heimsókn teymisins var kannað hvernig ætti að standa að áframhaldandi áfallahjálpi með tilliti til vilja og þarfa heimamanna. Ákveðið var að veita öllum börnum á grunnskólaaldri og fjölskyldum þeirra áframhaldandi hjálpi (Margrét Arnljótsdóttir og Ingbór Bjarnason, 1995). Alls voru 30 fjölskyldum boðin viðtöl og voru aðeins tvær þeirra sem þáðu það ekki. Í fjölskylduviðtölunum sem haldin voru í mars og maí var atburðurinn ræddur ásamt þeim missi sem fjölskyldan varð fyrir. Allir fylltu út PTSS-10 spurningalistann og flest öll börnin fylltu út lista um sorgarviðbrögð og viðbrögð barna við áföllum. Einnig voru fjölskyldurnar spurðar hvaða hjálpi hefði reynst þeim best og um reynslu þeirra af fjölmiðlum (Ingbór Bjarnason, Margrét Arnljótsdóttir og Margrét Ólafsdóttir, 1995).

Íbúar Súðavíkur og þeir sem hjálpuðu til við björgunarstörf sögðu í viðtölum að áfallahjálpin hefði reynst þeim vel. Almannaþing Ríkisins voru hins vegar á þeirri skoðun að hún hefði verið ófullnægjandi og fannst formleg tengsl við

sálfræðingateymi (*psychiatric ward*) vanta. Fulltrúar almannavarna voru óánægðir með að staðlaðar skýrslur um meðferðina með öllum upplýsingum um hana hefðu ekki verið fylltar út. Samkvæmt þeim var talið mikilvægt að hlutaðeigandi aðilar skráðu upplýsingar á viðeigandi hátt til að hægt væri að fara yfir það sem betur mætti fara og bæta áfallahjálpinu (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Snjóflóðið á Flateyri

Um klukkan 4 að morgni 26. október, 1995, féll snjóflóð á Flateyri. Flóðið lenti á 33 húsum og voru 55 íbúar í þeim. Náðist að bjarga 35 en 20 létust. Eins og í Súðavík hófu íbúarnir á staðnum björgunarstörf. Þeir fundu fljótlega sjö einstaklinga, grafna í snjó, þar af var einn látinn. Rúmlega fimm klukkustundum eftir flóðið komu fyrstu björgunarmenn á staðinn. Þar sem hætta var á öðru snjóflóði þótti ekki æskilegt að senda út leitarfólk án senditækis. Tækin voru hins vegar of fá, eða níu talsins. Þessi ákvörðun olli ágreiningi og fóru nokkrir út án senditækis þótt þeir vissu hvaða áhættu þeir væru að taka. Í fyrstu voru sjö leitarmenn sendir út með tæki og tvö tæki urðu eftir í neyðarmiðstöðinni. Um klukkan 15 voru 12 fundnir látnir og átta enn saknað. Björgunarstörfum lauk síðan eftir um 36 klukkustundir þegar síðasta manneskjan fannst látin (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Eftir snjóflóðið á Flateyri var umfjöllun fjölmiðla frekar neikvæð og voru þeir mun gagnrýnni en eftir flóðið í Súðavík. Grafnar voru upp skýrslur vísindamanna með viðvörunum um snjóflóð á svæðinu og sögðu fjölmiðlar að þessar skýrslur hefðu verið hunsaðar. Einnig var áhættumat gagnrýnt og ákveðnir stjórnmalaflokkar sagðir ábyrgir (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Þegar farið var að huga að hreinsunarstarfi var lögð áhersla á það að gera ekki sömu mistök og eftir flóðið í Súðavík. Íbúar gáfu skriflegt leyfi fyrir hreinsunarstarfi á lóðum þeirra og voru eignar settar í sérstaka gáma. Einnig var á hreinu hvernig Almannavarnir höfðu brugðist við í undanfara flóðsins. Þessi atriði voru því ekki að auka á vanlíðan íbúa eins og í Súðavík (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Söfnun var einnig sett af stað eftir flóðið á Flateyri en um 60 milljónir af fénu sem safnaðist þá fór í sjóð sem ætlað var að yrði til taks fyrir fórnarlömb náttúruhamfara í framtíðinni. Því var ekki vel tekið af því fólki sem hafði lagt söfnuninni lið með það fyrir augum að styrkja Flateyringa og var ákvörðunin harðlega gagnrýnd (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Áfallahjálpar eftir snjóflóðið á Flateyri

Eftir snjóflóðið í Súðavík, eða í mars 1995, stofnaði heilbrigðisráðherra nefnd sem koma átti með tillögum að því hvernig bæta mætti áfallahjálpar á Íslandi. Nefndin hafði hins vegar ekki lokið störfum þegar snjóflóðið féll á Flateyri og því voru engar breytingar á skipulagningu áfallahjálpar. Fólkið sem átti að sjá um áfallahjálparina á Flateyri kom því á staðinn án þess að vita nákvæmlega til hvers var ætlast af því og hvað það ætti að gera. Áfallahjálpin var veitt á nokkrum stöðum eftir flóðið. Á Flateyri veittu sóknarprestar frá Ísafirði og Þingeyri aðstoð þangað til áfallahjálparteymi frá Landsspítalanum mætti á staðinn. Á sjúkrahúsinu á Ísafirði var héraðslæknirinn að störfum ásamt áfallahjálparteymi frá Borgarspítalanum (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Áfallahjálpin samanstóð af sálrænni skyndihjálpar og skipulögðum fundum með björgunarsveitarmönnum. Gerð var úttekt á þörf fyrir aðstoð og var það gert með því að ganga í hús og tala við fólk á götum úti. Einnig var upplýsingum um áfallahjálpar dreift á hvert heimili. Í ljós kom að Súðvíkingar höfðu einnig mikla þörf fyrir aðstoð og reynt var að bregðast við því eins og hægt var (Erna Einarsdóttir, 1995).

Áfallahjálpar var einnig veitt hjá Rauða krossinum á Ísafirði og í Reykjavík (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Í húsi Rauða krossins í Reykjavík var einstaklingum og hópum sinnt á meðan fréttar var beðið af leitarstörfum, enda voru óvenju margir Flateyringar staddir í Reykjavík þegar flóðið varð. Starfsmenn fóru einnig í heimahús til að tilkynna niðurstöður leitarinnar. Auk þess var tekið á mótum mörgum íbúum Flateyrar og björgunarsveitarmönnum er þeir komu til Reykjavíkur og þeim veitt aðstoð. Formlegri áfallahjálpar í Rauða kross húsinu lauk um tveimur vikum eftir flóðið og hafði þá fjöldi einstaklinga verið vísað í framhaldsaðstoð á göngudeildir geðdeilda bæði á Landspítalanum og Borgarspítalanum (Erna Einarsdóttir, 1995).

Sú reynsla sem fékkst eftir snjóflóðin í Súðavík gerði það að verkum að ákveðið var að senda bæði áfallahjálparteymin til Vestfjarða eftir flóðið á Flateyri. Þessi ákvörðun var talin hafa borgað sig eftir snjóflóðið í Súðavík en ekki á Flateyri. Ástæðurnar voru taldar vera tvær. Í fyrsta lagi var veðrið eftir flóðið á Flateyri ekki eins hroðalegt og eftir flóðið í Súðavík þar sem björgunarmenn voru í mun meiri hættu. Í öðru lagi gat fólk ekki ferðast vegna óveðursins eftir flóðið í Súðavík. Veðrið var hins vegar ekki eins slæmt þegar flóðið féll á Flateyri og því voru margir

Íbúar sem fóru beint til Reykjavíkur til vana og ættingja. Af þessum sökum voru ekki nógu margir til að veita fórnarlömbum frá Flateyri áfallahjálp í Reykjavík. Sýndi þessi reynsla að ekki borgar sig alltaf að horfa til fyrri reynslu þegar áfallahjálp er skipulögð (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Á Flateyri var einnig veittur stuðningur við grunnskólann á svæðinu í 1-2 ár eftir flóðið (Margrét Blöndal o.fl., 2008).

Einhver gagnrýni kom fram um það hvernig staðið var að áfallahjálpinni eftir flóðið á Flateyri. Heilbrigðisstarfsmenn sögðu að í stað þess að senda áfallahjálparteymin strax á staðinn hefði átt að leggja áherslu á að kenna leitar- og björgunarmönnum að veita sálræna skyndihjálp og að þeir sem þyrftu hefðu síðar getað fengið áfallahjálp til lengri tíma (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir). Einnig var ýmsu ábótavant varðandi skipulagningu áfallahjálparinnar og upplýsingaflæði meðal þeirra sem veittu áfallahjálpa (Erna Einarsdóttir, 1995). Sumir töldu að of mikið af heilbrigðisstarfsfólki hefði verið á Flateyri eftir flóðið. Þeir íbúar sem komust af þurftu ekki eins mikla læknishjálp eins og íbúar Súðavíkur höfðu þurft. Ein ástæðan var sú að þeir sem lentu í flóðinu í Súðavík gátu lifað mun lengur grafnir í snjó vegna þess að snjórinn var mun léttari en á Flateyri. Snjórinn þar var vatnsmeiri og þyngri og því var erfiðara fyrir þá sem voru grafnir undir honum að lifa af (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001).

Áfallahjálp á Íslandi eftir snjóflóðin

Á þeim 15 árum sem liðin eru frá snjóflóðunum hefur áhugi aukist á skipulagningu og gæðum áfallahjálpar á Norðurlöndunum. Áfallahjálp hefur víða verið endurskipulögð og sérstök teymi þjálfuð í að veita sem besta þjónustu eftir áföll (Wisborg o.fl., 2005).

Ýmislegt hefur breyst í skipulagningu áfallahjálpar hér á landi eftir flóðin. Nánar verður fjallað um þróun áfallahjálpar á Íslandi í umræðukafla.

Rannsóknarspurningar og tilgátur

Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna nýtingu og viðhorf þolenda snjóflóðanna á Vestfjörðum 1995 til áfallahjálpar og annars stuðnings sem var veittur eftir snjóflóðin. Settar voru fram þrjár rannsóknarspurningar því tengdar:

1. Hvernig nýttu þolendur áfallahjálp og hverjir veittu hana?
2. Hvert var mat þolenda á áfallahjálp?

3. Hvert var mat þolenda á aðstoð og viðbrögðum ýmissa aðila og stofnana í kjölfar snjóflóðanna?

Einnig var athugað hvort munur var á líðan þeirra sem fengu áfallahjálpar og þeirra sem fengu hana ekki. Talið var að munur væri þar á. Markmið áfallahjálpar er að bæta líðan þeirra sem fá hana, hins vegar hafa rannsóknir sýnt að tilfinningaleg úrvinnsla, sem var helsta áfallahjálpin á þessum tíma, er ekki alltaf gagnleg (Rose o.fl., 2002) og getur jafnvel verið skaðleg (Hobbs o.fl., 1996). Því var ekki spáð fyrir um hvort áfallahjálpar hefði góð eða slæm áhrif á líðan.

Þá var skoðað hvort munur væri á mati á stuðningi eftir því hvort fólk fékk áfallahjálpar eða ekki. Talið var líklegt að mat þeirra sem fengu áfallahjálpar væri jákvæðara vegna þess að rannsóknir benda til þess að fólk meti veitta aðstoð oftast á jákvæðan hátt ef til vill til að sýna þakklæti sitt (McNally o.fl. 2003). Því var talið að ánægja með það að hafa fengið áfallahjálpar hefði áhrif á mat á öðrum stuðningi og viðbrögðum.

Að lokum var skoðað hvort munur væri á mati á áfallahjálpar og stuðningi hjá þeim sem upplifðu vandamál eins og einkenni ÁSR og þeirra sem upplifðu ekki þessi vandamál. Talið var að mat þeirra sem upplifðu einkenni ÁSR eða geðvanda yrði neikvæðara vegna þess að þeim sem eiga við þessi vandamál að stríða gæti frekar hafa fundist áfallahjálpin ógagnleg eða fundist eitthvað hafa brugðist í aðdraganda og kjölfar snjóflóðanna. Út frá þessu voru settar fram 3 tilgátur:

1. Að munur sé á líðan (einkennum ÁSR og öðrum geðrænum einkennum) þeirra sem fengu áfallahjálpar og þeirra sem fengu ekki áfallahjálpar.
2. Að fólk sem fékk áfallahjálpar sé ánægðara með viðbrögð aðila og stofnana heldur en fólk sem fékk ekki áfallahjálpar.
3. Að fólk sem upplifði einkenni ÁSR eða geðvanda sé óánægðara með áfallahjálpar og viðbrögð aðila og stofnana heldur en þeir sem ekki upplifðu þessi einkenni.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar voru 291. Úrtakið samanstóð af öllum íbúum á aldrinum 16-75 ára sem voru á íbúaskrá Súðavíkur og Flateyrar þann 1. desember 1994, sem var sú nýjasta þegar gögnunum var safnað árið 1996. Frá dróst erlent verkafólk og þeir sem voru látnir ásamt brottfluttum og fjarverandi íbúum sem ekki náðist til þegar rannsóknin var gerð. Alls voru það 122 Súðvíkingar og 169 Flateyringar sem fengu senda spurningalista. Frá Súðavík svöruðu 73 af 122 (60% svarhlutfall) spurningalistunum. Karlar voru 32 (44%) og konur 41 (56%). Meðalaldur þeirra var 39,6 ár (SF=14,4). Frá Flateyri svöruðu 104 af 169 (61,5% svarhlutfall) (einn listinn glataðist þannig að 103 voru notaðir við úrvinnslu hér). Karlar voru 42 (41%) og konur 61 (59%). Meðalaldur þeirra var 40,4 ár (SF=15,1). Samanburðarhópa skipuðu íbúar Raufarhafnar og Þingeyris en þar sem tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna áhrif áfallahjálpar og aðstoð eftir snjóflóðin voru svör þeirra ekki notuð hér. Þátttakendur tóku þátt í rannsókninni af frjálsum vilja og fengu ekki greitt fyrir þátttökuna.

Framkvæmd

Rannsókn þessi er hluti af doktorsverkefni Eddu Bjarkar Þórðardóttur í lýðheilsuvísindum við Háskóla Íslands, en hún kannar líðan þolenda snjóflóðanna á Vestfjörðum í dag. Gagnasöfnun fór fram árið 1996 og var framkvæmd af Gylfa Ásmundssyni sálfræðingi, Ágústi Oddssyni lækni og Þórunni Finnsdóttir, sem þá var sálfræðinemi. Í janúar voru spurningalistarnir lagðir fyrir íbúa á Flateyri. Þeir voru bornir heim til fólks og sóttir ef fólk vildi en annars gat það skilað þeim á heilsugæslustöðina á staðnum. Þeir sem höfðu ekki skilað að mánuði liðnum fengu símhringingu þar sem ítrekun fór fram. Skömmu síðar hófst gagnasöfnun í Súðavík og var hún með svipuðum hætti.

Gylfi Ásmundsson lést áður en gögnin voru fullunnin. Því var ákveðið að skoða gögnin nánar í dag, 15 árum eftir að snjóflóðin féllu. Í samráði við Ágúst Oddsson veitti Vísindasiðanefnd Eddu Björk og leiðbeinendum hennar leyfi til þess að skoða gögnin nánar í nóvember árið 2009. Gögnin höfðu verið í vörslu Landspítalans fram að því.

Mælitæki

Einungis var unnið með hluta þeirra mælitækja sem notuð voru í upphaflegu rannsókninni (Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson, 2000). Hér verður aðeins þeim kvörðum lýst sem notaðir voru við vinnslu þessarar rannsóknar. Notast var við gátlista með spurningum um lýðfræðilegar upplýsingar og annan um mat á utanaðkomandi viðbrögðum og aðstoð. Auk þess voru þrjár spurningalistar notaðir, tveir sem greina áfallastreitueinkenni og einn sem metur almenna geðheilsu.

Gátlisti

Lýðfræðilegar upplýsingar. Gátlisti var notaður sem samanstóð af 10 spurningum um kyn, aldur, menntun, atvinnu, hjúskaparstöðu, búsetu og búsetulengd. Einnig var spurt um hvort viðkomandi hefði átt einhvern nákominn á staðnum þegar snjóflóðin féllu og hvort einhver nákominn hefði tekið þátt í björgunarstarfi eftir flóðin. Tilgangur þessara spurninga var að gefa lýsandi mynd af hópunum.

Mat á utanaðkomandi viðbrögðum og aðstoð - ánægja með framtak aðila/stofnana. Gátlistinn innihélt spurningar um mat á viðbrögðum annarra. Munur var á sumum spurningum sem lagðar voru fyrir þátttakendur á Flateyri og í Súðavík. Íbúar beggja sveitarfélaga svöruðu spurningum um hvort þeir hefðu fengið áfallahjálpar og þá frá hverjum (lækni, sálfræðingi, hjúkrunarfræðingi, presti, öðrum). Einnig voru allir spurðir um mat á framtaki sjúkrahúss, bæjaryfirvalda og almennings. Spurningunum var svarað á 7 þrepa Likert kvarða (1= mjög ánægð/ur, 7=mjög óánægð/ur). Íbúar Súðavíkur svöruðu einnig spurningum um mat á framtaki stjórnvalda landsins, almannavarna, fjölmiðla og mat á áfallahjálpar. Íbúar Flateyrar svöruðu hins vegar spurningum um mat á framtaki björgunarsveitarmanna, annarra yfirvalda, fjölmiðla (bæði hvernig þeir dekkuðu atburðinn ásamt fréttaplutningi og framkomu fréttafólks) og þeir sem fengu áfallahjálpar voru beðnir að meta ánægju sína með hana. Þessum spurningum var einnig svarað á 7 þrepa Likert kvarða (1= mjög ánægð/ur, 7=mjög óánægð/ur). Að auki gafst Flateyringum kostur á að skrifa við hverja spurningu hvað þeir voru sérstaklega ánægðir/óánægðir með.

Svör á þessum spurningalistum voru borin saman við styrkleika ÁSR til að meta áhrif áfallahjálpar og ánægju með framtak annarra á ÁSR.

Impact of Event Scale (IES)

IES (Horowitz, Wilner og Alvarez, 1979) samanstendur af 15 spurningum sem meta einkenni ÁSR. Einkennin eru metin á 4 þrepa kvarða (oft=5 stig, stundum=3 stig, sjaldan=1 stig, aldrei=0 stig) og eru möguleg heildarstig því 0-75. Spurningarnar meta tvo þætti, endurupplifun á atburðinum (7 spurningar) og flótta frá minningum um atburðinn (8 spurningar). IES hefur mikið verið notaður í hinum ýmsu menningarsamfélögum til að meta ólíkt fólk sem hefur upplifað mismunandi áföll (Eid, Thayer og Johnsen, 1999) og er eitt algengasta mælitækið til að meta ÁSR (Galea o.fl., 2005). Í rannsóknum hefur komið í ljós að listinn er næmur á kynjamun og virðist hafa hátt innra réttmæti (Eid o.fl., 1999) og háan endurprófunaréiðanleika, en hann var 0,87 í rannsókn Horowitz og félagar (1979). Innri áreiðanleiki í þessari rannsókn var einnig $\alpha=0,87$.

Stigafjöldi þátttakenda gefur til kynna í hve miklum mæli svarandi hefur einkenni þessara þátta og gefur hærri stigafjöldi til kynna fleiri einkenni. Ekkert ákveðið viðmiðunarmark hefur verið sett á listanum þegar náttúruhamfarir eiga í hlut. Í þessari rannsókn verður viðmiðið sett við 35 stig þar sem það nálgast það að vera meðalgildi þeirra viðmiða sem notuð hafa verið í ýmsum rannsóknum á ÁSR (Stallard o.fl., 1999; Coffey, Gudmundsdóttir, Beck, Palyo og Miller, 2006; Wohlfarth, van der Brink, Winkel og ter Smitten, 2003).

Post-traumatic Symptom Scale (PTSS-10)

PTSS-10 (Holen, Sund og Weisæth, 1983) samanstendur af 10 spurningum sem svarað er á 7 þrepa Likert kvarða (1=aldrei/sjaldan, 7=mjög oft) og metur aukna lífeðlisfræðilega örvun (*arousal*). Þó eru tvær spurningar um flótta frá minningum eftir áfallið og tvær um þunglyndi. Gefin eru 1-7 stig og segja þau til um að hve miklu leyti svarandi hefur einkenni þess sem spurt er um. Heildarstig eru frá 10-70 og eru þeir sem fá 30 stig eða fleiri taldir líklegir til að vera með einkenni ÁSR (Eid o.fl., 1999). Listinn hefur reynst vel til að meta bráða áfallastreitu. Hann hefur gott sýndarréttmæti og hefur mikið verið notaður í skandinavískum rannsóknum en hefur einnig verið þýddur á ensku og fleiri tungumál (Eid o.fl., 1999). Innri áreiðanleiki listans í þessari rannsókn var $\alpha=0,89$.

General Health Questionnaire (GHQ-30)

GHQ-30 (Goldberg, 1972) inniheldur 30 spurningar sem meta almenna geðheilsu og skimar listinn fyrir einkennum geðraskana. Listinn er líklega algengasta skimunartækið á því sviði og er notaður bæði í klínískum og almennum úrtökum (Whittington og Huppert, 1998). Í hverri spurningu er spurt hvort viðkomandi hafi nýlega fundið fyrir ákveðnu einkenni. Helmingur spurninganna er lagður fram á jákvæðan hátt (samþykki þýðir að einkenni er ekki til staðar) til dæmis „Hefur þú undanfarið farið eins mikið út úr húsi og vanalega?“. Hinn helmingur spurninganna er lagður fram á neikvæðan hátt (samþykki þýðir að einkenni er til staðar) til dæmis „Hefur þér undanfarið fundist þú vera fær um að taka ákvarðanir?“. Svarmöguleikarnir eru fjórir og fela í sér að vera mjög sammála, sammála, ósammála eða mjög ósammála. Þrjár viðurkenndar leiðir eru við stigagjöf en hefðbundna leiðin er þannig að þegar viðkomandi er sammála eða mjög sammála neikvæðu spurningunum og ósammála eða mjög ósammála jákvæðu spurningunum þá fær hann 1 stig en annars 0 stig. Heildartalan er því frá 0-30 (Whittington og Huppert, 1998). Þessi leið var farin hér. GHQ-30 spurningalistinn hefur verið þáttagreindur í mismunandi úrtökum og hafa ítrekað komið í ljós 5 þættir sem eiga við kvíða, þunglyndi, vanhæfnistilfinningar (*feelings of incompetence*), félagshæfni og erfiðleika með bjargráð (*difficulty in coping*) (Huppert, Walters, Day og Elliot, 1989). Þeir sem fá 6 eða fleiri stig eru taldir líklegir til að vera með geðröskun (Boye, Bentsen og Malt, 2002). Innri áreiðanleiki listans í þessari rannsókn var mjög góður, $\alpha=0,94$.

Rannsóknarsnið

Gerðir voru nokkrir millihópa samanburðir. Einkenni ÁSR og geðvanda voru borin saman meðal Súðvíkinga og Flateyringa. Líðan og mat þeirra sem fengu áfallahjálp og þeirra sem ekki fengu áfallahjálp var einnig borin saman. Mat Súðvíkinga og Flateyringa á aðstoð og viðbrögðum eftir flóðin var borið saman þar sem það átti við. Að lokum var mat á áfallahjálp og viðbrögðum aðila og stofnana borið saman eftir því hvort fólk náði viðmiðum ÁSR og geðvanda eða ekki.

Tölfræðileg úrvinnsla.

Tölvuforritið SPSS var notað við úrvinnslu. Byrjað var á að skilgreina svarmöguleika og var þeim síðan breytt í tölugildi. Listar þátttakenda voru ekki

notaðir ef 30% eða meira af svörum vantaði. Þeir voru 15 talsins (IES=4, PTSS-10=7, GHQ=4). Þegar einstaka svör vantaði var meðaltal hvers lista sett í stað þeirra. Reiknuð var lýsandi tölfræði, t-próf (*independent samples t-test*) voru notuð til að bera saman samfelldar breytur (*continuous*) og kí-kvaðratpróf (*chi-square test*) til að bera saman flokkabreytur (*categorical*).

Niðurstöður

Lýsandi tölfræði

Í töflu 1 er skipting þátttakenda eftir kyni, aldri, hjúskaparstöðu og menntun. Fleiri konur svöruðu spurningalistunum bæði frá Súðavík og Flateyri. Meðalaldur svarenda var 39,6 ár (SF=14,4) í Súðavík og 40,4 ár (SF=15,1) á Flateyri. Flestir þátttakendur voru annað hvort giftir eða í sambúð eða 74% Súðvíkinga og 72,7% Flateyringa. Náms saga þátttakenda var svipuð á báðum stöðunum. Í kringum 45% höfðu lokið grunnskólagöngu eða skemra námi (10 ár eða styttri skólaganga) en um 40% höfðu einnig lokið 1-4 árum af framhaldsskólanámi (11-14 ár í skóla).

Tafla 1. Lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur.

		Súðavík		Flateyri	
Kyn		Fjöldi	%	Fjöldi	%
	Karlar	32	43,8	42	40,8
	Konur	41	56,2	61	59,2
Aldur					
	16-25 ára	12	16,4	17	16,7
	26-35 ára	15	20,5	27	26,5
	36-45 ára	27	37,0	25	24,5
	46-55 ára	10	13,7	9	8,8
	56-75 ára	9	12,3	24	23,5
	Svara ekki	0	-	1	-
	Meðalaldur (ár)	39,6	-	40,4	-
	Staðalfrávik	14,4	-	15,1	-
Hjúskaparstaða					
	Ógiftur	14	19,2	16	16,2
	Í sambúð/giftur	54	74,0	72	72,7
	Ekkja/ekkill/skilinn	5	6,8	11	11,1
	Svara ekki	0	-	4	-
Menntun					
	0-10 ár	30	44,8	44	47,3
	11-14 ár	29	43,3	37	39,8
	15 ár +	8	11,9	12	12,9
	Svara ekki	6	-	10	-

Í töflu 2 má sjá meðalstigafjölda svarenda á þeim spurningalistum sem notaðir eru til þess að spá fyrir um einkenni ÁSR og geðvanda. Ekki var munur á fjölda áfallastreitueinkenna Flateyringa og Súðvíkinga sem metin eru með IES spurningalistanum. Hins vegar sýndu Flateyringar fleiri einkenni aukinnar lífeðlisfræðilegrar örvunar sem mæld eru með PTSS-10 listanum. Þá skoruðu Flateyringar einnig að meðaltali hærra á GHQ spurningalistanum sem metur almenna geðheilsu.

Tafla 2. Meðalstigafjöldi og staðalfrávik á spurningalistum.

	Súðavík		Flateyri		<i>t</i>
	M	SF	M	SF	
IES	29	17,0	31	13,9	0,68
PTSS-10	26	13,8	33	12,9	3,46**
GHQ	5	6,7	9	7,7	3,22**

**= $p < 0,01$.

Til að ná viðmiðum um einkenni ÁSR þurftu þátttakendur að fá 35 stig eða fleiri á IES spurningalistanum (Stallard o.fl., 1999; Coffey o.fl., 2006; Wohlfarth o.fl., 2003) og 30 stig eða fleiri á PTSS-10 spurningalistanum (Eid o.fl., 1999). Ekki var munur á fjölda þeirra Súðvíkinga og Flateyringa sem náðu viðmiðum um einkenni ÁSR. Hvorki var munur á fjölda þeirra sem náðu viðmiðum IES listans né PTSS-10 listans þegar þeir voru skoðaðir sér.

Til að ná viðmiðum um einkenni geðvanda þarf að fá ≥ 6 stig á GHQ spurningalistanum en hann metur almenna geðheilsu og skimar fyrir einkennum geðraskana svo sem þunglyndi og kvíða. Eins og sést í töflu 3 náðu fleiri Flateyringar viðmiðum um einkenni geðvanda (59,4%) en Súðvíkingar (31,0%).

Tafla 3. Fjöldi þeirra sem ná viðmiðum um einkenni áfallastreituröskunar og einkenni geðvanda.

Ná viðmiðum:	Súðavík		Flateyri		χ^2
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Einkenni ÁSR (IES ≥ 35 stig og PTSS-10 ≥ 30 stig)	22	31,9	28	28,0	0,30
-IES (≥ 35 stig)	28	39,4	33	32,7	0,83
-PTSS-10 (≥ 30 stig)	26	37,7	49	49,0	2,12
Einkenni geðvanda (GHQ ≥ 6 stig)	22	31,0	60	59,4	13,50**

**= $p < 0,01$.

Nýting og mat á áfallahjálpi

Meira en helmingur þátttakenda fékk áfallahjálpi í kjölfar snjóflóðanna (sjá töflu 4). Flestir fengu áfallahjálpi frá einum aðila (42,1%) en margir greindu frá því að hafa

fengið áfallahjálp frá fleiri en einum aðila. Rúmlega 30% fengu áfallahjálp frá tveimur aðilum, 12,3% frá þremur aðilum og sömuleiðis fengu 12,3% áfallahjálp frá 4 aðilum. Í Súðavík var áfallahjálpin oftast veitt af prestri (34,2%) en á Flateyri fengu flestir áfallahjálp frá sálfræðingi (42,7%) (sjá töflu 4).

Tafla 4. Nýting áfallahjálpar og aðilar sem veittu hana.

	Súðavík		Flateyri	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Fengu áfallahjálp	43	58,9	74	71,8
Svara ekki	2	2,7	1	1,0
Aðilar sem veittu áfallahjálp:				
Sálfræðingur	24	32,9	44	42,7
Læknir	14	19,2	39	37,9
Prestur	25	34,2	29	28,2
Hjúkrunarfræðingur	7	9,6	27	26,2
Annar	18	24,7	2	1,9

Tafla 5 sýnir mat þátttakenda á þeirri áfallahjálp sem þeir fengu. Í Súðavík voru þeir sem ekki fengu áfallahjálp einnig beðnir að meta áfallahjálpinu en það var hins vegar ekki gert á Flateyri. Því var ákveðið að notast einungis við mat þeirra sem fengu áfallahjálp í þessari rannsókn. Mat Flateyringa og Súðvíkinga á þeirri áfallahjálp sem þeir fengu var svipað. Rúmlega 70% Súðvíkinga og um 82% Flateyringa voru mjög eða frekar ánægðir með áfallahjálpinu en um 17% Súðvíkinga og 7,4% Flateyringa voru mjög eða frekar óánægðir með hana. Um þriðjungur þátttakenda svaraði ekki spurningunni.

Tafla 5. Mat Súðvíkinga og Flateyringa á þeirri áfallahjálpi sem þeir fengu.

	Súðavík		Flateyri	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	16	39,0	33	48,5
Frekar ánægð/ur (2-3)	13	31,7	23	33,8
Hvorki né (4)	5	12,2	7	10,3
Frekar óánægð/ur (5-6)	3	7,3	5	7,4
Mjög óánægður (7)	4	9,8	0	0,0
Svara ekki	32	-	35	-

Mat á stuðningi

Þátttakendur voru beðnir að meta ánægju sína með framtak, viðbrögð og aðstoð ýmissa aðila og stofnana eftir flóðin. Spurningarnar voru ekki allar eins fyrir Flateyringa og Súðvíkinga en svör þeirra voru borin saman þar sem það átti við.

Í töflu 8 er mat Flateyringa á framtaki björgunarsveitarmanna eftir flóðið. Langflestir eða 97% voru mjög eða frekar ánægðir með þeirra störf og enginn var mjög óánægður.

Tafla 8. Mat Flateyringa á framtaki björgunarsveita.

	Flateyri	
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	85	85,0
Frekar ánægð/ur (2-3)	12	12,0
Hvorki né (4)	2	2,0
Frekar óánægð/ur (5-6)	1	1,0
Mjög óánægð/ur (7)	0	0,0
Svara ekki	3	-

Mat á framtaki sjúkrahúsa eftir snjóflóðin var mjög svipað hjá svarendum Súðavíkur og Flateyrar (sjá töflu 9). Rúmlega 80% svarenda beggja sveitarfélaga voru mjög eða frekar ánægðir með frammistöðu sjúkrahúss. Alls voru 53 Flateyringar sem svöruðu ekki spurningunni.

Tafla 9. Mat Súðvíkinga og Flateyringa á framtaki sjúkrahúsa.

	Súðavík		Flateyri	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	49	71,0	33	66,0
Frekar ánægð/ur (2-3)	8	11,6	8	16,0
Hvorki né (4)	3	4,3	5	10,0
Frekar óánægð/ur (5-6)	1	1,4	0	0,0
Mjög óánægð/ur (7)	8	11,6	4	8,0
Svara ekki	4	-	53	-

Í töflu 10 sést að svarendur Súðavíkur voru mun óánægðari en svarendur frá Flateyri með framtak bæjaryfirvalda eftir snjóflóðin, $\chi^2(4, N=159)=19,30, p=0,001$. Tæplega 40% Súðvíkinga voru frekar eða mjög óánægðir með bæjaryfirvöld á móti 13,4% Flateyringa.

Tafla 10. Mat Súðvíkinga og Flateyringa á framtaki bæjaryfirvalda.

	Súðavík		Flateyri	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	17	24,6	48	53,3
Frekar ánægð/ur (2-3)	18	26,1	20	22,3
Hvorki né (4)	7	10,1	10	11,1
Frekar óánægð/ur (5-6)	15	21,7	5	5,6
Mjög óánægð/ur (7)	12	17,4	7	7,8
Svara ekki	4	-	13	-

Í mati á framtaki stjórnvalda voru 55,8% frekar eða mjög ánægðir. Þeir sem voru hvorki ánægðir né óánægðir voru 12,9% og 31,5% voru frekar eða mjög óánægðir (sjá töflu 11).

Tafla 11. Mat Súðvíkinga á framtaki stjórnvalda.

Súðavík		
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	23	32,9
Frekar ánægð/ur (2-3)	16	22,9
Hvorki né (4)	9	12,9
Frekar óánægð/ur (5-6)	16	22,9
Mjög óánægð/ur (7)	6	8,6
Svara ekki	3	-

Þegar Flateyringar voru beðnir að meta framtak annarra yfirvalda (tafla 12) voru 40,9% mjög ánægðir með þeirra störf.

Tafla 12. Mat Flateyringa á framtaki annarra yfirvalda.

Flateyri		
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	27	40,9
Frekar ánægð/ur (2-3)	26	39,4
Hvorki né (4)	10	15,2
Frekar óánægð/ur (5-6)	1	1,5
Mjög óánægð/ur (7)	2	3,0
Svara ekki	37	-

Tæp 50% Súðvíkinga voru frekar eða mjög ánægð með störf almannavarna og um 30% voru frekar eða mjög óánægð (sjá töflu 13).

Tafla 13. Mat Súðvíkinga á framtaki almannavarna.

Súðavík		
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	11	15,9
Frekar ánægð/ur (2-3)	22	31,9
Hvorki né (4)	15	21,7
Frekar óánægð/ur (5-6)	11	15,9
Mjög óánægð/ur (7)	10	14,5
Svara ekki	4	-

Íbúar Súðavíkur voru beðnir að meta framtak fjölmiðla í heild sinni. Flateyringar voru aftur á móti beðnir að meta annars vegar hvernig fjölmiðlar dekkdu atburðinn og hins vegar fréttaflytning og framkomu fréttafólks. Í töflu 14 má sjá mat Súðvíkinga á framtaki fjölmiðla eftir snjóflóðið þar. Aðeins 28,9% voru frekar eða mjög ánægðir með þeirra störf. Tæplega 60% voru frekar eða mjög óánægðir.

Tafla 14. Mat Súðvíkinga á framtaki fjölmiðla.

Súðavík		
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	4	5,8
Frekar ánægð/ur (2-3)	16	23,1
Hvorki né (4)	8	11,6
Frekar óánægð/ur (5-6)	22	31,9
Mjög óánægð/ur (7)	19	27,5
Svara ekki	4	-

Mat Flateyringa á störfum fjölmiðla var betra en Súðvíkinga. Í töflu 15 sést að tæplega 60% þeirra voru mjög eða frekar ánægðir með það hvernig fjölmiðlar dekkdu atburðinn.

Tafla 15. Mat Flateyringa á því hvernig fjölmiðlar dekkuðu atburðinn.

Flateyri		
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	17	19,1
Frekar ánægð/ur (2-3)	36	40,5
Hvorki né (4)	22	24,7
Frekar óánægð/ur (5-6)	10	11,2
Mjög óánægð/ur (7)	4	4,5
Svara ekki	14	-

Meira en helmingur svarenda var frekar eða mjög ánægður með fréttaflutning og framkomu fréttafólks eftir flóðið þar (sjá töflu 16).

Tafla 16. Mat Flateyringa á fréttaflutningi og framkomu fréttafólks.

Flateyri		
	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	11	12,8
Frekar ánægð/ur (2-3)	40	46,5
Hvorki né (4)	15	17,5
Frekar óánægð/ur (5-6)	15	17,5
Mjög óánægð/ur (7)	5	5,8
Svara ekki	17	-

Tafla 17 sýnir að Flateyringar voru ánægðari en Súðvíkingar með viðbrögð almennings, $\chi^2(4, N=161)=14,77, p=0,005$. Um 95% Flateyringa voru mjög eða frekar ánægðir með viðbrögð almennings á móti 77,5% Súðvíkinga.

Tafla 17. Mat Súðvíkinga og Flateyringa á framtaki almennings.

	Súðavík		Flateyri	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Mjög ánægð/ur (1)	42	59,2	70	77,8
Frekar ánægð/ur (2-3)	13	18,3	15	16,6
Hvorki né (4)	4	5,6	4	4,4
Frekar óánægð/ur (5-6)	7	9,8	0	0,0
Mjög óánægð/ur (7)	5	7,0	1	1,1
Svara ekki	2	-	13	-

Líðan eftir því hvort fólk fékk áfallahjálp eða ekki

Í töflu 6 sést að bæði þeir Súðvíkingar og Flateyringar sem fengu áfallahjálp greindu frá marktækt fleiri lífeðlisfræðilegum áfallastreitueinkennum (PTSS-10) en þeir sem ekki fengu áfallahjálp. Ekki var munur á meðalskorum þeirra sem fengu áfallahjálp og þeirra sem fengu ekki áfallahjálp á IES og GHQ spurningalistunum.

Tafla 6. Meðalskor á spurningalistum eftir því hvort fólk fékk áfallahjálp eða ekki.

	Fengu áfallahjálp		Fengu ekki áfallahjálp		<i>t</i>
	M	(SF)	M	(SF)	
Súðavík					
IES	31,64	(16,22)	24,89	(17,67)	1,62
PTSS-10	29,00	(13,99)	20,74	(12,07)	2,61*
GHQ	6,09	(7,42)	4,04	(5,29)	1,36
Flateyri					
IES	31,41	(13,67)	29,81	(17,76)	0,48
PTSS-10	34,48	(13,30)	29,19	(11,20)	2,00*
GHQ	9,72	(7,48)	6,41	(7,94)	1,88

*= $p < 0,05$.

Meðal Súðvíkinga náðu um 40% þeirra sem fengu áfallahjálp viðmiðum um einkenni áfallastreituröskunar en 18,5% þeirra sem ekki fengu áfallahjálp náðu þeim viðmiðum (sjá töflu 7). Þessi munur er á mörkum þess að vera marktækur ($p=0,056$). Þeir Flateyringar sem fengu áfallahjálp voru líklegri til að ná viðmiðum um einkenni

geðvanda samkvæmt GHQ en þeir sem fengu ekki áfallahjálp. Rúmlega 67% þeirra sem fengu áfallahjálp náðu viðmiðunum en 37% þeirra sem fengu ekki áfallahjálp náðu sömu viðmiðum (sjá töflu 7).

Tafla 7. Fjöldi fólks sem náði viðmiðum um einkenni áfallastreituröskunar og geðvanda eftir því hvort það fékk áfallahjálp eða ekki.

	Fengu áfallahjálp		Fengu ekki áfallahjálp		χ^2
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Súðavík					
Ná viðmiðum ÁSR	17	40,5	5	18,5	3,65
Ná viðmiðum um geðvanda	15	34,9	7	25,0	0,78
Flateyri					
Ná viðmiðum ÁSR	23	31,5	5	18,5	1,65
Ná viðmiðum um geðvanda	50	67,6	10	37,0	7,65*

*= $p < 0,05$.

Mat á stuðningi eftir því hvort fólk fékk áfallahjálp eða ekki.

Athugað var hvort það hefði áhrif á mat á viðbrögðum og frammistöðu aðila og stofnana hvort fólk hefði fengið áfallahjálp eða ekki. Mat Súðvíkinga var frekar svipað hjá báðum hópnum (sjá töflu 18). Flestir í báðum hópum voru mjög eða frekar ánægðir með viðbrögð sjúkrahúss og almennings en fæstir voru ánægðir með viðbrögð fjölmiðla. Ekki var heldur mikill munur á meðalmati þeirra Flateyringa sem fengu áfallahjálp og þeirra sem fengu ekki áfallahjálp (sjá töflu 19). Þeir sem fengu áfallahjálp voru þó ánægðari með viðbrögð sjúkrahúss heldur en þeir sem ekki fengu áfallahjálp.

Tafla 18. Mat Súðvíkinga á viðbrögðum aðila og stofnana eftir því hvort þeir fengu áfallahjálp eða ekki.

	Fengu áfallahjálp						Fengu ekki áfallahjálp						χ^2
	Mjög/frekar ánægður (1-3)		Hvorki né (4)		Mjög/frekar óánægður (5-7)		Mjög/frekar ánægður (1-3)		Hvorki né (4)		Mjög frekar óánægður (5- 7)		
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Sjúkrahús	35	85,4	1	2,4	5	12,2	22	81,5	1	3,7	4	14,8	0,20
Bæjaryfirvöld	20	48,8	3	7,3	18	43,9	15	53,6	4	14,3	9	32,1	1,46
Almenningur	32	76,2	3	7,1	7	16,7	23	82,1	0	0,0	5	17,9	2,09
Stjórnvöld	23	54,8	6	14,3	13	30,9	16	57,1	3	10,7	9	32,1	0,19
Almannavarnir	17	40,5	9	21,4	16	38,1	16	59,3	6	22,2	5	18,5	3,37
Fjölmiðlar	9	21,4	5	11,9	28	66,7	11	40,7	3	11,1	13	48,1	3,07

Tafla 19. Mat Flateyringa á viðbrögðum aðila og stofnana eftir því hvort þeir fengu áfallahjálp eða ekki.

	Fengu áfallahjálp						Fengu ekki áfallahjálp						χ^2
	Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög/frekar		Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög frekar		
	ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Sjúkrahús	33	89,2	3	8,1	1	2,7	8	61,5	2	15,4	3	23,1	6,40*
Bæjaryfirvöld	53	80,3	7	10,6	6	9,1	15	62,5	3	12,5	6	25,0	4,14
Almenningur	64	94,1	3	4,4	1	1,5	21	95,5	1	4,5	0	0,0	0,33
Björgunarsveitir	71	95,9	2	2,7	1	1,4	26	100,0	0	0,0	0	0,0	1,09
Önnur yfirvöld	43	82,7	7	13,5	2	3,8	10	71,4	3	21,4	1	7,1	0,90
Fjölmiðlar	39	58,2	18	28,4	9	13,4	14	63,6	3	13,6	5	22,7	2,20
Fréttaflutningur	35	53,8	12	20,0	17	26,1	16	76,2	2	9,5	3	14,3	3,05

*= $p < 0,05$.

Mat á áfallahjálpi og stuðningi eftir því hvort fólk náði viðmiðum ÁSR og geðvanda eða ekki

Athugað var hvort mat fólks sem náði viðmiðum um einkenni ÁSR eða geðvanda væri öðruvísi en mat þeirra sem ekki náðu viðmiðunum. Bæði var mat á áfallahjálpi skoðað sem og mat á viðbrögðum og frammistöðu aðila og stofnana.

Talsverður munur var á mati Súðvíkinga eftir því hvort þeir náðu viðmiðum um einkenni ÁSR eða ekki (sjá töflu 20). Þeir sem náðu viðmiðunum voru mun óánægðari með áfallahjálpinu. Einnig voru þeir óánægðari með viðbrögð almennings stjórnvalda, almannavarna og fjölmiðla.

Hjá Flateyringum var ekki eins mikill munur á mati þeirra sem náðu viðmiðum um einkenni ÁSR og þeirra sem ekki náðu þeim viðmiðum (sjá töflu 21, bls.47). Þó voru þeir sem náðu viðmiðunum óánægðari með almenning og frétttaflutning fjölmiðla en þeir sem ekki náðu viðmiðunum.

Í töflu 22 sést að þeir Súðvíkingar sem náðu viðmiðum um einkenni geðvanda voru óánægðari með áfallahjálpi og fjölmiðla heldur en þeir sem ekki náðu viðmiðunum.

Þeir Flateyringar sem náðu viðmiðum um geðvanda voru óánægðari með frétttaflutning en þeir sem ekki náðu viðmiðunum (sjá töflu 23). Að öðru leiti var meðalmatið svipað hjá hópunum.

Tafla 20. Mat Súðvíkinga á viðbrögðum aðila og stofnana eftir því hvort þeir náðu viðmiðum um einkenni ÁSR eða ekki.

	Ná viðmiðum ÁSR						Ná ekki viðmiðum ÁSR						χ^2
	Mjög/frekar ánægður (1-3)		Hvorki né (4)		Mjög/frekar óánægður (5-7)		Mjög/frekar ánægður (1-3)		Hvorki né (4)		Mjög frekar óánægður (5-7)		
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Áfallahjálp	8	47,1	5	29,4	4	23,5	21	91,3	0	0,0	2	8,7	10,84**
Sjúkrahús	17	77,3	2	9,1	3	13,6	39	88,6	0	0,0	5	11,4	0,51
Bæjaryfirvöld	8	38,1	1	4,8	12	57,1	26	56,5	6	13,0	14	30,4	1,47
Almenningur	16	72,7	3	13,6	3	13,6	38	82,6	0	0,0	8	17,4	6,98*
Stjórnvöld	9	42,9	1	4,8	11	52,4	28	59,6	8	17,0	11	23,4	6,16*
Almannavarnir	5	22,7	7	31,8	10	45,5	27	60,0	8	17,8	10	22,2	8,27*
Fjölmiðlar	2	9,1	2	9,1	18	81,8	18	39,1	6	13,0	22	47,8	7,69*

*= $p < 0,05$. **= $p < 0,01$.

Tafla 21. Mat Flateyringa á viðbrögðum aðila og stofnana eftir því hvort þeir náðu viðmiðum um einkenni ÁSR eða ekki.

	Ná viðmiðum ÁSR						Ná ekki viðmiðum ÁSR						χ^2
	Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög/frekar		Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög frekar		
	ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Áfallahjálp	16	84,2	1	5,3	2	10,5	39	81,3	6	12,5	3	6,3	1,03
Sjúkrahús	14	87,5	1	16,7	1	16,7	27	79,4	4	11,8	3	8,8	0,51
Bæjaryfirvöld	18	72,0	2	8,0	5	20,0	49	76,6	8	12,5	7	10,9	1,47
Almenningur	22	84,6	3	11,5	1	3,8	63	98,4	1	1,6	0	0,0	6,98*
Björgunarsveitir	26	92,9	2	7,1	0	0,0	70	98,6	0	0,0	1	1,4	5,53
Önnur yfirvöld	11	78,6	3	21,4	0	0,0	42	80,8	7	13,5	3	5,8	1,28
Fjölmiðlar	14	58,3	4	16,7	6	25,0	39	60,9	17	26,6	8	12,5	2,45
Fréttaflutningur	9	37,5	2	8,3	13	54,2	42	68,9	12	19,7	7	11,5	17,51**

*= $p < 0,05$. **= $p < 0,01$.

Tafla 22. Mat Súðvíkinga á viðbrögðum aðila og stofnana eftir því hvort þeir náðu viðmiðum um einkenni geðvanda eða ekki.

	Náðu viðmiðum um geðvanda						Náðu ekki viðmiðum um geðvanda						χ^2
	Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög/frekar		Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög frekar		
	ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Áfallahjálp	9	60,0	5	33,3	1	6,7	20	76,9	0	0,0	6	23,1	10,55**
Sjúkrahús	18	81,8	2	9,1	2	9,1	39	84,8	0	0,0	7	15,2	4,62
Bæjaryfirvöld	10	47,6	2	9,5	9	42,9	25	65,8	5	13,2	18	47,4	0,18
Almenningur	15	68,2	2	9,1	5	22,7	40	83,3	1	2,1	7	14,6	2,75
Stjórnvöld	9	40,9	4	18,2	9	40,9	30	62,5	5	10,4	13	27,1	2,89
Almannavarnir	9	42,9	5	23,8	7	33,3	24	50,0	10	20,8	14	29,2	0,30
Fjölmiðlar	1	4,5	2	9,1	19	86,4	19	40,4	6	12,8	22	46,8	10,78**

**= $p < 0,01$.

Tafla 23. Mat Flateyringa á viðbrögðum aðila og stofnana eftir því hvort þeir náðu viðmiðum um einkenni geðvanda eða ekki.

	Náðu viðmiðum um geðvanda						Náðu ekki viðmiðum um geðvanda						χ^2
	Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög/frekar		Mjög/frekar		Hvorki né (4)		Mjög frekar		
	ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		ánægður (1-3)				óánægður (5-7)		
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	
Áfallahjálp	36	81,8	4	9,1	4	9,1	20	8,3	3	12,5	1	4,2	0,69
Sjúkrahús	27	84,4	3	9,4	2	6,3	14	77,8	2	11,1	2	11,1	0,44
Bæjaryfirvöld	42	76,4	7	12,7	6	10,9	26	74,3	3	8,6	6	17,1	0,97
Almenningur	51	91,1	4	7,1	1	1,8	34	100,0	0	0,0	0	0,0	3,21
Björgunarsveitir	57	95,0	2	3,3	1	1,7	40	100,0	0	0,0	0	0,0	2,06
Önnur yfirvöld	34	80,9	7	16,7	1	2,4	19	79,2	3	12,5	2	8,3	1,37
Fjölmiðlar	31	56,4	13	23,6	11	20,0	22	66,7	8	24,2	3	9,1	1,91
Fréttaflutningur	27	50,9	8	15,1	18	34,0	24	75,0	6	18,8	2	6,3	8,60*

*= $p < 0,05$.

Umræða

Megintilgangur rannsóknarinnar var að athuga nýtingu áfallahjálpar og viðhorf þolenda snjóflóðanna á Vestfjörðum 1995 til áfallahjálparinnar og annars stuðnings sem var veittur eftir snjóflóðin. Líðan þolenda var skoðuð með tilliti til einkenna ÁSR og geðvanda og voru niðurstöður bornar saman eftir því hvort einstaklingar sýndu einkennin og eftir því hvort þeir fengu áfallahjálp eða ekki. Fjallað verður um niðurstöðurnar ásamt þróun áfallahjálpar á Íslandi frá snjóflóðunum, helstu annmarka rannsókna og áhugaverðar rannsóknir sem hægt væri að gera í framhaldinu.

Túlkun niðurstaðna

Þegar meðalstigafjöldi áfallastreitueinkenna var athugaður kom í ljós að Flateyringar höfðu að meðaltali fleiri einkenni um aukna lífeðlisfræðilegra örvun. Slík örvun einkennir ÁSR ásamt endurupplifunum og flótta frá minningum um atburðinn (American Psychiatric Association, 2000). Flateyringar sýndu einnig að meðaltali fleiri einkenni geðvanda og voru líklegri til að ná viðmiðum um einkenni geðvanda. Það að Flateyringar hafi sýnt fleiri einkenni um aukna lífeðlisfræðilega örvun og geðvanda gefur vísbendingar um að Flateyringar hafi verið við verri geðheilsu en Súðvíkingar þegar spurningalistunum var svarað. Það gæti þó skýrst af því að mun styttra var liðið frá flóðinu á Flateyri heldur en Súðavíkurflóðinu þegar spurningalistarnir voru lagðir fyrir og því líklegra að sjálfkvæmur bati hafi átt sér stað meðal Súðvíkinga. Rannsóknir hafa sýnt að mestur bati er á líðan fyrsta árið eftir áfall (Kessler o.fl., 1995). Tæplega þriðjungur þátttakenda náði viðmiðum um einkenni ÁSR sem er í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna sem sýna að flestir sem upplifa áfall jafna sig án þess að fá ÁSR (t.d. Kessler o.fl., 1995). Hlutfall þeirra sem náðu viðmiðum um einkenni ÁSR var samt sem áður nokkuð hátt miðað við margar aðrar rannsóknir á ÁSR eftir náttúruhamfarir (t.d. Breslau o.fl., 1998) og gæti það skýrst af nálægð þolenda við áfallið. Bæði Súðavík og Flateyri eru lítil bæjarfélög og því flestir íbúanna í mikilli nálægð við snjóflóðin og nánast allir íbúar þekkja eða að minnsta kosti kannast við hvern annan. Fjöldi rannsókna hefur sýnt að eftir því sem nálægð við áfall er meiri aukast líkurnar á því að fá ÁSR (t.d. Neria o.fl., 2008).

Nýting áfallahjálpar var skoðuð og einnig af hverjum hún var veitt. Í ljós kom að meira en helmingur svarenda fékk áfallahjálp, flestir frá einum aðila en margir frá tveimur aðilum og þó nokkrir frá þremur eða fjórum aðilum. Áfallahjálpin

í Súðavík var oftast veitt af presti en á Flateyri af sálfræðingi. Ásamt sálfræðingum og prestum veittu læknar mörgum áfallahjálp. Á þessum tíma voru ekki margir sérþjálfaðir í að veita áfallahjálp (Wisborg o.fl., 2005) og því er líklegt að fáir sem sinntu áfallahjálpinni hafi búið yfir sérstakri kunnáttu á því sviði. Í dag eru hins vegar sérstök teymi þjálfuð í að veita sem besta þjónustu eftir áföll (Wisborg o.fl., 2005).

Flestir þolendur snjóflóðanna voru ánægðir með þá áfallahjálp sem þeir fengu. Þær niðurstöður eru í samræmi við þær fáu erlendu rannsóknir sem gerðar hafa verið á mati fólks á áfallahjálp, þar sem meirihluti þátttakenda hefur metið áfallahjálp á jákvæðan hátt (Jackson o.fl., 2006; Norris, Hamblen og Rosen, 2009). Þó þarf að hafa í huga að mat þátttakenda á áfallahjálp endurspeglar ekki endilega gagnsemi hennar. Þó þátttakendur séu ánægðir með áfallahjálp og telji hana gagnlega gæti það einungis endurspeglað þakklæti fyrir þá hjálp sem var veitt (McNally o.fl., 2003). Fleiri Flateyringar voru mjög eða frekar ánægðir með áfallahjálpinu (82,3%) heldur en Súðvíkingar (70,7%). Tæplega 10% af Súðvíkingum voru mjög óánægðir með áfallahjálpinu en enginn Flateyringur. Ekki var þó marktækur munur á mati Súðvíkinga og Flateyringa enda voru litlar breytingar á skipulagi áfallahjálpar á milli snjóflóðanna. Miklar breytingar hafa verið gerðar á skipulagi áfallahjálpar á landinu frá tímum snjóflóðanna og hugsanlegt að mat á þeirri áfallahjálp sem er veitt í dag yrði öðruvísi.

Þegar mat á viðbrögðum ýmissa aðila og stofnana var skoðað kom í ljós að bæði íbúar Súðavíkur og Flateyrar voru flestir mjög eða frekar ánægðir með sjúkrahús. Flestir voru einnig ánægðir með viðbrögð almennings en samt sem áður voru fleiri Flateyringar ánægðari með þau en Súðvíkingar. Þá voru svarendur Súðavíkur mun óánægðari með viðbrögð bæjaryfirvalda en íbúar Flateyrar en aðeins helmingur Súðvíkinga var mjög eða frekar ánægður með þeirra viðbrögð. Ljóst er að margir íbúar Súðavíkur voru óánægðir með þá aðila sem báru ábyrgð á mati á snjóflóðahættu og rýmingu húsa (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Sú óánægja birtist til að mynda í grein í Morgunblaðinu þar sem sex eftirlifendur snjóflóðsins gagnrýndu meðal annars þá ákvörðun bæjarstjórans aðfaranótt snjóflóðsins að fresta fundi um snjóflóðahættu til morguns (Hafsteinn Númason o.fl., 1996) en áður en til fundarins kom hafði snjóflóðið fallið.

Talsverður hluti Súðvíkinga var óánægður með viðbrögð stjórnvalda, aðeins helmingur var mjög eða frekar ánægður með viðbrögðin. Þá voru skiptar skoðanir um störf almannavarna. Óánægjan þarf ekki að koma á óvart enda er það ljóst í dag

að mörgu var ábótavant. Í kjölfar snjóflóðanna var snjóflóðamat og varnaraðgerðir endurskoðaðar. Í dag gerir Veðurstofa Íslands daglega snjóathuganir ásamt snjóathugunarmönnum á öllum þeim stöðum þar sem snjóflóðahætta ríkir. Þá hefur hættumat verið gert og snjóflóðavarnargarðar byggðir eða byggð færð líkt og gert var í Súðavík (Árni Jónsson, 2005).

Flateyringar voru mjög ánægðir með viðbrögð björgunarsveita og annarra yfirvalda. Athyglisvert er að margir Súðvíkingar voru mjög óánægðir með störf fjölmiðla, mat Flateyringa var skárri en stór hluti þeirra var einnig óánægður. Margir gagnrýndu störf fjölmiðla í kjölfar snjóflóðsins í Súðavík og sögðu þá hafa farið of fljótt af stað með fréttirnar. Bar þá hæst gagnrýni á það að einn þolandi frétti það í útvarpinu að dóttir hans væri fundin látin. Þó voru skoðanir skiptar og töldu sumir að fréttáflutningur hafi verið til fyrirmyndar og sögðu það hlutverk fjölmiðla að koma með fréttir af þessu tagi sem fyrst og það væri óhjákvæmilegt að einhverjir fréttu af aðstandendum í gegnum fjölmiðla („Gengu fjölmiðlar of langt“, 1995). Súðvíkingar sögðu í viðtölum að sumir fjölmiðlamenn hefðu komið vel fram og sýnt tillitssemi á meðan aðrir voru ágengir og hafi bætt á erfiðleika fólks (Ingbór Bjarnason o.fl., 1995).

Langflestir voru ánægðir með viðbrögð almennings sem sýndi mikinn samhug í verki. Samhugurinn kom meðal annars greinilega fram í símasöfnun til styrktar þolendum þar sem talsverðir fjármunir söfnuðust (Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, 2001). Í viðtölum sögðu margir íbúar Súðavíkur að samkennd og samstaða væri það sem hefði hjálpað sér mest, bæði samkennd Súðvíkinga og þjóðarinnar allrar (Ingbór Bjarnason o.fl., 1995).

Þeir sem fengu áfallahjálp skoruðu að meðaltali hærra á PTSS-10 spurningalistanum og voru því líklegri til að sýna aukna lífeðlisfræðilega örvun heldur en þeir sem ekki fengu áfallahjálp. Þá náðu fleiri af þeim Flateyringum og Súðvíkingum sem fengu áfallahjálp viðmiðum um einkenni geðvanda, sem gefur vísbendingar um að þeir sem fengu áfallahjálp hafi frekar átt við geðræn vandamál að stríða heldur en þeir sem ekki fengu áfallahjálp. Þetta er í samræmi við tilgátu eitt um að munur væri á líðan eftir því hvort fólk fengi áfallahjálp eða ekki. Ýmsar ástæður gætu verið fyrir þessum niðurstöðum. Þar sem áfallahjálpin eftir snjóflóðin samanstóð að miklu leiti af tilfinningalegri úrvinnslu er hugsanlegt að hún hafi haft slæm áhrif á þátttakendur en einhverjar rannsóknir hafa sýnt að úrvinnslan geti verið skaðleg (t.d. Hobbs o.fl., 1996). Önnur ástæða gæti verið að þeim sem voru verr

staddir hafi frekar verið boðin áfallahjálpar eða verið líklegri til að þiggja hana heldur en þeir sem voru í betra ástandi. Til dæmis er hugsanlegt að flestir sem misstu einhvern nákominn eða misstu heimili sitt hafi fengið áfallahjálpar en þeir sem urðu fyrir minni skaða hafi síður verið boðin eða þegið boð um áfallahjálpar.

Ekki var munur á mati á stuðningi eftir því hvort fólk fékk áfallahjálpar eða ekki og því eru niðurstöðurnar ekki í samræmi við tilgátu tvö um að fólk sem fékk áfallahjálpar væri ánægðara með viðbrögð aðila og stofnana. Því benda niðurstöður til þess að þakklæti fyrir það að fá áfallahjálpar hafi ekki haft áhrif á mat á stuðningi og viðbrögðum annarra aðila og stofnana.

Talsverður munur var hins vegar á mati á stuðningi og áfallahjálpar eftir því hvort fólk náði viðmiðum um einkenni ÁSR. Þeir Súðvíkingar sem náðu viðmiðunum voru óánægðari með áfallahjálpar, almenning, stjórnvöld, almannavarnir og fjölmiðla. Þá voru Flateyringar sem náðu viðmiðum ÁSR óánægðari með almenning og fréttáflutning fjölmiðla. Þeir Súðvíkingar sem náðu viðmiðum um einkenni geðvanda voru óánægðari með áfallahjálpar og fjölmiðla. Að lokum voru þeir Flateyringar sem náðu viðmiðum um geðvanda óánægðari með fréttáflutning en þeir sem ekki náðu viðmiðunum. Mat á öðrum stuðningi var svipaður hjá hópunum. Þessar niðurstöður eru mestmegnis í samræmi við tilgátu þrjú um að fólk sem upplifði einkenni ÁSR eða geðvanda væri óánægðara með áfallahjálpar og mat á stuðningi. Hugsanlegt er að þeir sem eiga við geðræn vandamál að stríða sjái hlutina í neikvæðara ljósi eða að reynsla þeirra af stuðningi og áfallahjálpar hafi verið verri en annarra. Einnig er hugsanlegt að þeim sem upplifðu geðræn vandamál hafi ekki fundist áfallahjálparin virka úr því að hún kom ekki í veg fyrir ÁSR og/eða geðvanda og þeir hafi því verið óánægðari með hana.

Breytingar á skipulagi áfallahjálpar á Íslandi, 1995-2010

Mikil þróun hefur orðið á skipulagningu áfallahjálpar á landinu eftir snjóflóðin. Eftir snjóflóðin áttuðu menn sig á að bæta þyrfti skipulagið hér á landi og gátu menn dregið lærdóm af þeirri reynslu sem skapaðist eftir snjóflóðin þegar áfallahjálparin var endurskipulögð. Á sama tíma varð vakning víða um heim um gagnsemi áfallahjálpar þegar í ljós kom í rannsóknum að tilfinningaleg úrvinnsla væri ekki jafn áhrifarík og menn töldu og gæti jafnvel verið skaðleg. Því var farið af stað með að þróa og rannsaka nýjar leiðir í skipulagningu áfallahjálpar (Hobfoll o.fl., 2007).

Miðstöð áfallahjálpar var stofnuð við Borgarspítalann (nú LSH) árið 1995 og var einn starfsmaður ráðinn til starfa. Þjónustan þar hefur þó aðallega nýst skjólstæðingum spítalans. Einnig hafa áfallahjálparteymi verið stofnuð í nokkrum bæjum á landinu til að sinna áfallahjálpi í sinni heimabyggð. Til dæmis hefur slíkt teymi starfað á Akureyri frá 1996 (Margrét Blöndal o.fl., 2008).

Árið 1996 skilaði nefndin sem var stofnuð eftir flóðið í Súðavík skýrslu með tillögum um skipulag áfallahjálpar á landinu (Margrét Blöndal o.fl., 2008). Í henni var meðal annars fjallað um heildarskipulag áfallahjálpar í heilbrigðisþjónustu og menntun heilbrigðisstarfsmanna. Einnig var lagt til að skipaður yrði starfshópur sérfróðra aðila um áfallahjálpi. Var sá hópur stofnaður í mars 1997 og lauk störfum í lok ársins 1999. Hópurinn vann meðal annars að því að fræðsla um áfallastreitu og undirstöðuatriði áfallahjálpar færi í námsskrá ákveðinna starfsstétta til dæmis sálfræðinga og félagsfræðinga. Einnig vann hópurinn að skipulagningu framhaldsnáms fyrir tiltekna starfsstéttir og að sjá til þess að útbúið væri fræðsluefni fyrir þolendur áfalla (Landlæknisembættið, 2000).

Árið 2000 stofnaði Rauði kross Íslands áfallahjálparteymi sem samanstendur að mestu af sálfræðingum en einnig starfa þar félagsráðgjafar, kennarar og hjúkrunarfræðingar. Meðlimir teymisins gera sjálfboðaliðasamning til tveggja ára þar sem þeir samþykkja að vinna í allt að 48 klst. við hvert útkall. Rauði krossinn hefur einnig haldið fjölmörg námskeið um sálræna skyndihjálpi bæði fyrir sjálfboðaliða í deildum Rauða krossins, almenning og fagfólk (Margrét Blöndal o.fl., 2008).

Í júní árið 2000 riðu tveir jarðskjálftar yfir suðvesturhluta landsins með fjögurra daga millibili (Íris Böðvarsdóttir og Ask Elklit, 2003). Á þeim tíma var ekki til skipulagsáætlun um það hvernig standa ætti að áfallahjálpi. Þrátt fyrir það voru íbúar ánægðir með aðstoðina sem þeir fengu en hún var að mestu veitt af Rauða krossinum. Gagnrýni átti sér þó stað yfir því að Rauði krossinn, sem eru sjálfboðaliðasamtök, hafi séð um áfallahjálpinu. Þjónusta af þessu tagi á að vera á ábyrgð heilbrigðisyfirvalda landsins meðal annars vegna lagalega atriða um trúnað og skrásetningu. Engu að síður voru störf Rauða krossins fagmannlega unnin og mikil ánægja var með þeirra störf (Guðný Björk Eydal og Guðrún Árnadóttir, 2004). Aðstoðin var að mestu veitt á jarðskjálftasvæðunum en einnig á Landsspítala Háskólasjúkrahúsi með símaráðgjöf, viðtölum og hópfundum (Margrét Blöndal o.fl., 2008).

Árið 2002 var gefin út þingsályktunartillaga um að ríkisstjórnin hæfi í samstarfi við sveitarfélögin að koma á skipulagðri áfallahjálpi. Í tillögunni var einnig fjallað um að stofna ætti sérstaka stjórn innan hvers sveitarfélags eða í samstarfi við önnur sem brygðist við þegar ósköp dyndu yfir og hefði frumkvæði að því að veita faglega hjálpi (Þingskjal 59, 2002-2003). Tillagan var samþykkt á Alþingi 14.mars, 2003 (Þingskjal 1422, 2002-2003). Sama ár var gefin út greinargerð sem fjallar um skipulag áfallahjálpar sem er veitt á neyðartímum hér á landi. Hún fjallar bæði um skipulag áfallahjálparteyma sem vinna að gerð neyðaráætlana og um skipulag almanna- varna þegar áætlanirnar eru virkjaðar (Almannavarnir, e.d.).

Prestar hafa frá fyrstu tíð sinnt áfallahjálpi og á kirkjuþingi 2004 var ályktun samþykkt um neyðarskipulag kirkjunnar vegna stórslysa. Þá var svokölluð hópslysanevnd kirkjunnar stofnuð sem hafa á umsjón með viðbrögðum kirkjunnar vegna stórslysa (Kirkjuþing 15.mál, 2004).

Í apríl 2005 var vinnuþing haldið í Grensáskirkju þar sem fagfólk sem kom að áfallahjálpi hér á landi hittist til að móta framtíðarskipulag áfallahjálpar á Íslandi. Skilningur á hugtökum var samræmdur og farið yfir þekkingu tengda áfallahjálpi sem hafði bæst við síðasta áratuginn á undan. Unnið var að heildarskipulagi áfallahjálpar fyrir landið, vinnubrögð samræmd og áfallateymi þjálfuð. Á þinginu voru bæði fyrirlestrar og unnið í vinnuhópum sem fjölluðu um ákveðin málefni og kynntu svo niðurstöður í lokin (Vinnuþing: áfallahjálpi á landsvísi, 2005).

Þann 29.maí 2008 reið stór jarðskjálfti yfir á Suðurlandi. Í kjölfarið opnaði Rauði kross Íslands fjöldahjálparstöðvar þar sem fórnarlömbum skjálftans var veitt sálræn skyndihjálpi. Til að fylgja stuðningnum eftir var hringt í þá sem leituðu til stöðvanna nokkrum dögum og vikum síðar og athugað hvort þeir þyrftu á meiri hjálpi að halda og var þeim þá vísað áfram. Einnig var hjálparsíminn 1717 auglýstur og voru þar veittar ýmsar upplýsingar og ráðgjöf fyrir þá sem það kusu. Áfallateymi heimamanna störfuðu bæði á Selfossi og í Hveragerði og sáu um aðgerðir á hvorum stað. Í teyminum voru fulltrúar frá heilsugæslu, félagsþjónustu, prestum og RKÍ. Áfallateymi samhæfingarstöðvar (fulltrúar frá Áfallamiðstöð LSH, biskupsstofu, landlækni, Rauða krossinum og stjórnstöð almanna- varna) var bakland heimamanna, fundaði með áfallateyminum þeirra og útvegaði sérfræðinga frá LSH til að manna áfallahjálpi. Sérfræðingar heimamanna og LSH unnu á vöktum á þjónustumiðstöðvunum og veittu ráðgjöf og stuðning til fórnarlamba. Þegar fjöldahjálparstöðunum var lokað færðist stuðningurinn á heilsugæsluna á Selfossi þar

sem veitt var eftirfylgd. Einnig var fræðsla veitt á ýmsum stöðum um eftirköst áfalla, mikilvægi þess að leita sér aðstoðar, samheldni fjölskylda og fleira (Margrét Blöndal o.fl., 2008).

Í mars 2009 kom út handbók með leiðbeiningum í sálrænni skyndihjálpi. Handbókin er þýðing á leiðbeiningum sem gerðar voru af erlendum sérfræðingum sem sérhæfðir eru í sálrænum stuðningi. Það voru þær Dr. Berglind Guðmundsdóttir og Þórunn Finnsdóttir, sálfræðingar, sem þýddu og staðfærðu handbókina. Handbókinni er ætlað að hjálpa þeim sem sinna sálrænum stuðningi hér á landi að veita sem besta þjónustu í kjölfar stórslysa og hamfara (Berglind Guðmundsdóttir og Þórunn Finnsdóttir, 2009). Viðbragðsáætlun um skipulagningu áfallahjálpar á Íslandi kom síðan út í október 2010 og fjallar hún um hvernig bregðast eigi við þegar almannavarnarástand er til staðar eða yfirvofandi. Sú áfallahjálpi sem er veitt á aðallega að felast í sálrænni skyndihjálpi og eftirfylgni fagaðila sem veita þolendum sérhæfðan stuðning eftir þörfum hvers og eins (Skipulag áfallahjálpar á Íslandi, 2010).

Ljóst er að breytingarnar eru miklar og hafa þær vonandi skilað sér í bættri áfallahjálpi á landinu. Í dag er meiri áhersla lögð á aðferðir sem hafa sýnt fram á árangur í rannsóknum svo sem sálræna skyndihjálpi í stað tilfinningalegrar úrvinnslu. Þannig er það viðurkennt að flestir sem lenda í áföllum jafni sig án inngrípa og þeim sem þurfa á er veitt áframhaldandi hjálpi.

Annmarkar og áhugaverð rannsóknarefni framtíðar

Helsti annmarki rannsóknar var að notast var við sjálfsmatskvarða en nauðsynlegt er að setja fyrirvara á niðurstöður þegar slíkir kvarðar eru notaðir. Til dæmis er ekki hægt að tryggja að svarendur meti sjálfan sig á réttan hátt eða svari eftir bestu samvisku. Áhugavert væri að nota greiningarviðtöl þannig að mat á geðrænum vanda væri stöðugra. Úrtak rannsóknarinnar samanstóð af íbúum sem voru 16 ára og eldri sem dregur úr alhæfingargildi niðurstaðna þar sem engar upplýsingar eru um líðan og mat barna. Áhugavert væri að skoða áhrif áfalla á börn og upplifun barna á áföllum. Einnig væri áhugavert að stjórna fyrir áhrif þess sem styrkleiki áfalls hefur á líkur þess að fá áfallahjálpi og athuga hvort að munur væri á líðan þeirra sem fá og fá ekki áfallahjálpi. Þannig væri hægt að meta hvort að þeim sem fá áfallahjálpi líði betur en hinum. Að lokum gæti verið athyglisvert að skoða hvers vegna mat þeirra sem

upplifa geðræn vandamál er öðruvísi en mat þeirra sem ekki eiga við geðræn vandamál að stríða.

Heimildir

- Adams, R. E. og Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disasters: The impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 485-493.
- Almannavarnir. (e.d.). Áfallahjálpi í skipulagi almannavarna. Sótt 1.júlí af http://www.almannavarnir.is/upload/files/afallahj_av_150103.pdf
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.útgáfa). Washington, DC: Höfundur.
- Armenian, H. K., Morikawa, M., Melkonian, A. K., Hovanesian, A. P., Haroutunian N., Saigh, P. A. ofl. (2000). Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 58-64.
- Ágúst Gunnar Gylfason. (2008). Náttúruhamfarir á Íslandi 1900-2008. Í Sólveig Þorvaldsdóttir, Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, Herdís Sigurjónsdóttir, Geir Oddsson og Guðrún Pétursdóttir (ritstjórar), *Langtímaviðbrögð við náttúruhamförum* (bls. 121-125).
- Ágúst Oddsson. (1995). *Áfallahjálpi: Snjóflóði í Súðavík 16.janúar 1995*. Bolungarvík: Höfundur.
- Árni Jónsson. (2005). Challenges for avalanche rescue in urban areas in Iceland. *Skredkonferance: snøskred&friluftsliv*.
- Ásdís Eir Símonardóttir. (2009). *Áhrif þungbærrar lífsreynslu á líðan björgunarsveitarmanna á Íslandi*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands, sálfræðideild.
- Ásthildur Elva Bernharðsdóttir. (2001). *Learning from Past Experiences: The 1995 Avalanches in Iceland*. Stockholm: Crismart.
- Boye, B., Bentsen, H., og Malt, U.F. (2002). Does guilt proneness predict acute and long-term distress in relatives of patients with schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 351-357.

- Bragi Skúlason, Ingþór Bjarnason, Margrét Arnljótsdóttir og Margrét Ólafsdóttir. (1995). Skýrsla vegna vinnu áfallahóps með Grunnskóla Súðavíkur. Reykjavík: Höfundar.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. og Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R. Og Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in vietnam veterans. *American Journal of Psychology*, 150, 235-239.
- Briere, J. og Elliott, D. (2000). Prevalence, characteristics, and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 661-679.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E. og Watson, P. (2006). Sálræn skyndihjálþ, leiðbeiningar og viðurkennt verklag á vettvangi (Berglind Guðmundsdóttir og Þórun Finnsdóttir þýddu). Sótt 4.júlí 2010 af <http://landlaeknir.is/Pages/1055/NewsID/1881>
- Cahill, S.P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A. og Follette, V. M. (2009) Cognitive-behavioral therapy for adults. Í Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. og Cohen, J. A. (Ritstj.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (bls.223-244). New York: The Guilford Press.
- Cao, H., McFarlane, A. C. og Klimidis, S. (2003). Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake – the first five month period. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 204-212.
- Chantarujikapong, S. I., Scherrer, J. F., Xian, H., Eisen, S. A., Lyons, M. J., Goldberg, J., Tsuang, M. og True, W. R. (2001). A twin study of generalized anxiety disorder symptoms, panic disorder symptoms and post-traumatic stress disorder in men. *Psychiatry Research*, 103, 133-145.

- Chemtob, C. M., Thomas, S., Law, W. og Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychology* 154(3), 415-417.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R. og Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychology*, 155, 620-624.
- Coffey, S., Gudmundsdóttir, B., Beck, J. G., Palyo, S. A. og Miller, L. (2006). Screening for PTSD in Motor Vehicle Accident Survivors Using the PSS-SR and IES. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 119-128.
- Druss, B. G., Hwang, I., Petukhova, M., Sampson, N.A., Wang, P. S. og Kessler, R. C. (2009). Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 14(7), 728-737.
- Edda Björk Þórðardóttir. (2008). *Eftirfylgd á tíðni einkenna áfallastreituröskunar hjá þolendum snjóflóðsins í Súðavík 1995*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands, sálfræðideild.
- Eid, J., Thayer, J. F. og Johsen, H. (1999). Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom- and coping questionnaires based on a Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 101-108.
- Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M. og Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 360, 766-771.
- Erna Einarsdóttir. (1995). *Áfallahjálpar á vegum Borgarspítalans vegna snjóflóðs á Flateyri, í október og nóvember 1995*. Reykjavík: Höfundur.
- Everly, G. S. og Mitchell, J. T. (1999). *Critical incident stress management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention* (2. útgáfa). Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation.

- Everly, G. S. og Mitchell, J. T. (2000). The debriefing „controversy“ and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 211-225.
- Galea, S. Nandi, A. og Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiological Reviews*, 27, 78-91.
- Gengu fjölmiðlar of langt? Hinir hörmulegu atburðir, er snjóflóð féllu í Súðavík. (1995, 29.janúar). *Morgunblaðið*. Sótt 29.desember af http://www.mbl.is/mm/gagnasafn/grein.html?grein_id=175155
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Green, B. L. og Solomon, S. D. (1995). The mental health impact of natural and technological disasters. Í J. R. Freedy og S. E. Hobfoll (Ritstj.), *Traumatic stress: From Theory to practice*. (bls. 163-177). New York: Plenum Press.
- Guðný Björk Eydal og Guðrún Árnadóttir. (2004). Earthquakes in southern Iceland: Crisis management and crisis help. Í Ásthildur Elva Bernharðsdóttir og Lina Svedin (ritstjórar), *Small-State Crisis Management: The Icelandic Way* (bls. 43-89). Stokkhólmur: Elanders Gotab.
- Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson. (2000). Áfallaröskun eftir snjóflóðin á Vestfjörðum. *Sálfræðiritið*, 6, 9-26.
- Hafsteinn Númason, Berglind María Kristjánsdóttir, Ragna Aðalsteinsdóttir, Björk Þórðardóttir, Þorsteinn Örn Gestsson og María Sveinsdóttir. (1996, 30.mars). Greinargerð: Skýrslur Almannavarna ríkisins. *Morgunblaðið*. Sótt 29.desember 2010 af http://www.mbl.is/mm/gagnasafn/grein.html?grein_id=257876
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B. og Worlock, P. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438-1439.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J. o.fl. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma

intervention: empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70, 283-315.

Holen, A., Sund, A. og Weisæth, L. (1983). *Alexander L. Kielland-katastrofen 27.mars 1980. Psychiske reaksjoner hos overlevende (psychic reactions in the survivors)*. Oslo: Kontoret for katastrofepsykiatri, Gaustad og Sosialdepartementet.

Horowitz, M., Wilner, N. og Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.

Huppert, F. A., Walters, D. E., Day, N. E. og Elliot, B. J. (1989). The factor structure of the general health questionnaire (GHQ-30): A reliability study on 6317 community residents. *British Journal of Psychiatry*, 155, 178-185.

Hussain, A., Weisæth, L. og Heir, T. (2010). Psychiatric disorders and functional impairment among disaster victims after exposure to a natural disaster: A population based study. *Journal of Affective Disorders*, sótt 20.júlí 2010 af http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T2X-50GTR3Y-1&_user=713789&_coverDate=07/09/2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1546805869&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000039858&_version=1&_urlVersion=0&_userid=713789&md5=da50cfd502ef1b100c2fc74c15b89ce&searchtype=a

Ingbór Bjarnason, Margrét Arnljótsdóttir og Margrét Ólafsdóttir. (1995). *Vinna áfallahóps með Grunnskóla Súðavíkur: III og IV heimsókn*. Reykjavík: Höfundar.

Íris Böðvarsdóttir og Ask Elklit. (2004). Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 3-13.

Íris Böðvarsdóttir og Ask Elklit. (2007). Victimization and PTSD-like states in an Icelandic youth probability sample. *BMC Psychiatry*, 7:51. Sótt 11.september 2010 af <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/51/>

- Jacobs, G. A. og Meyer, D. L. (2006). Psychological first aid. Í Barbanel L. og Sternberg, R. J. (ritstjórar), *Psychological Interventions in Times of Crisis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Jackson, C. T., Allen, G., Essock, S. M., Felton, C. J. og Donahue, S. A. (2006). Clients' satisfaction with project liberty counseling services. *Psychiatric Services*, 57(9), 1316-1319.
- Jacobsen, K. L., Southwick, S. M. og Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychology*, 158, 1184-1190.
- Jia, Z., Tian, W., Liu, W., Cao, Y., Yan, J. og Shun, Z. (2010). Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*, 10:172. Sótt 13.nóvember 2010 af <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/172>
- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. H. og Thayer, J. F. (2002). The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 181-188.
- Kaplan, Z., Iancu, I. og Bodner, E. (2001). A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*, 52(6), 824-827.
- Karen Ragnarsdóttir. (2010). *Earthquake in Iceland May 29th 2008: Psychological consequences and support utilization*. Óbirt Cand.psych ritgerð: Aarhus Universitet – psykologisk institut.
- Karen Ragnarsdóttir og María Ögn Guðmundsdóttir. (2008). *Tíðni áfalla og áfallastreituröskunar hjá háskólanemum*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands, sálfræðideild.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. og Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. Jin, R., Merikangas, K. R. og Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-603.
- Kirkjuþing, mál 15 (2004). *Tillaga til þingsályktunar um neyðarskipulag kirkjunnar vegna stórslysa*. Sótt 1.júlí af <http://kirkjuthing.is/mal/2004/15>
- Landlæknisembættið (2000). *Starfshópur landlæknisembættisins um fræðslu varðandi áfallahjálp: Yfirlit yfir störf starfhópsins*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landlæknisembættið, Þjóðkirkjan, Landspítali Háskólasjúkrahús, Rauði kross Íslands og Ríkislögreglustjórnin. Vinnuþing: Áfallahjálp á landsvísu. (2005). Sótt 28.júní 2010 af http://www.influensa.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Afallahjalp_a_landsvisu_15.11.05.pdf
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A. og Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 112-134.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L. og Altamura, C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 156-162.
- Margrét Arnljótsdóttir og Ingbór Bjarnason. (1995). *Skýrsla vegna vinnu áfallahóps með Grunnskóla Súðavíkur: II heimsókn tímabilið 10-12 mars 1995*. Reykjavík: Höfundar.
- Margrét Blöndal, Eyrún Jónsdóttir, Jóhann Thoroddsen, Anna Björg Aradóttir og Víðir Reynisson. (2008). Áfallahjálp á Íslandi: skipulag og þróun. Í Sólveig Þorvaldsdóttir, Ásthildur Elva Bernharðsdóttir, Herdís Sigurjónsdóttir, Geir Oddsson og Guðrún Pétursdóttir (ritstjórar), *Langtímaviðbrögð við náttúruhamförum* (bls. 127-134). Reykjavík: Stofnun Sæmundar fróða.

- McNally, R., Bryant, R. og Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Neria, Y., Nandi, A. og Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 467-480.
- Ng, A. T. og Kantor, E. M. (2010). Psychological first aid í Stoddard, F. J., Katz, C. L. og Merlino, J. P. (ritstjórar), *Hidden Impact: What you need to know for the next Disaster – a Practical Mental Health Guide for Clinicians* (bls. 115-123). London: Jones and Bartlett Publishers International.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. og Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- Norris, F. H., Hamblen, J. L. og Rosen, C. S. (2009). Service characteristics and counseling outcomes: lessons from a cross-site evaluation of crisis counseling after hurricane Katrina, Rita and Wilma. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*, 36, 176-185. Sótt 27.september 2010 af <http://www.springerlink.com/content/t0426281kl604vp0/>
- Norris, F. H. og Rosen, C. S. (2009). Innovations in disaster mental health services and evaluation: national, state and local responses to hurricane Katrina (introduction to the special issue). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*, 36, 159-164. Sótt 27.september 2010 af <http://www.springerlink.com/content/vj280710n0574232/>
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B. o.fl. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors Mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162, 560-566.
- Quarantini, L. C., Netto, L. R., Andrade-Nascimento, M., Almeida, A. G., Sampaio, A. S., Miranda-Scippa, A. o.fl. (2009). Comorbid mood and anxiety disorders

in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 66-76.

Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R og Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of systematic reviews*, 2. Sótt 22. júní 2010 af <http://info.onlinelibrary.wiley.com/userfiles/ccoch/file/CD000560.pdf>

Salbjörg Bjarnadóttir, Anna Björg Aradóttir, Margrét Blöndal, Berglind Guðmundsdóttir, Íris Marelsdóttir, Jóhann Thoroddsen o.fl. (2010). Skipulag áfallahjálpar á Íslandi. Sótt 1. nóvember 2010 af http://www.almannavarnir.is/displayer.asp?cat_id=440

Salcioglu, E., Basoglu, M. og Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome in non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 154-160.

Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P. og Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630-637.

Sjöfn Evertsdóttir. (2009). *Tíðni áfallastreitueinkenna og sjálfsskaðandi hegðunar meðal skjólstaðinga Stígamóta*. Óbirt cand.psych-ritgerð: Háskóli Íslands, sálfræðideild.

Sledjeski, E. M., Speisman, B. og Dierker, L. C. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the national comorbidity survey-replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 341-349.

Stallard, P., Velleman, R. og Baldwin, S. (1999). Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(7), 1075-1082.

Tómas Jóhannesson og Þorsteinn Arnalds (2001). Accidents and economic damage due to snow avalanches and landslides in Iceland. *Jökull*, 50, 81-94.

- Umhverfissráðuneytið. (2002). *Ofanflóðanefnd: Skýrsla um starfsemi nefndarinnar 1996 til 2000*. Reykjavík: Umhverfissráðuneytið.
- Watson, P. J. og Shalev, A. Y. (2005). Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectrums*, 10(2), 123-131.
- Whittington, J. og Huppert, F. A. (1998). Creating invariant subscales of the GHQ-30. *Social Science and Medicine*, 46(11), 1429-1440.
- Wisborg, T., Castren, M. Lippert, A., Valsson, F. og Wallin, C. J. (2005). Training trauma teams in the Nordic countries: An overview and present status. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49, 1004-1009.
- Wohlfarth, T. D., van der Brink, W., Winkel, F. W. og ter Smitten, M. (2003). Screening for posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment*, 15, 101-109.
- Þingskjal 59. (2002-2003). Tillaga til þingsályktunar um skipulagða áfallahjálpi í sveitarfélögum. Sótt 5. október 2010 af <http://www.althingi.is/altext/128/s/0059.html>
- Þingskjal 1422. (2002-2003). Þingsályktun um skipulagða áfallahjálpi í sveitarfélögum. Sótt 5. október 2010 af <http://www.althingi.is/altext/128/s/1422.html>